

Mortalité infantile en Algérie
Polymortalité et hérédo-syphilis
chez l'enfant indigène algérien

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 11 Mars 1933

par

MONTALDO PIERRE

Né le 7 Septembre 1905 à Bône (CONSTANTINE)

JURY

MM. GILLOT, <i>Professeur de clinique médicale et hygiène infantile</i>	Président
LAFFONT, <i>Professeur de clinique obstétricale et puériculture du premier âge</i>	Juges
RAYNAUD, <i>Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées</i>	
BENHAMOU, <i>Chargé des fonctions d'agrégé</i>	

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1933 — N° 1

Mortalité infantile en Algérie

Polymortalité et hérédo-syphilis

chez l'enfant indigène algérien

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 11 Mars 1933

par

MONTALDO PIERRE

Né le 7 Septembre 1905 à Bône (CONSTANTINE)

JURY

MM. GILLOT, <i>Professeur de clinique médicale et hygiène infantile</i>	Président
LAFFONT, <i>Professeur de clinique obstétricale et puériculture du premier âge</i>	Juges
RAYNAUD, <i>Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées</i>	
BENHAMOU, <i>Chargé des fonctions d'agrégé</i>	

Imp. NORD-AFRICAINE, 8, R. Drouillet, Alger.

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN	{	MM. LEBLANC (F. F. I. F)
DOYEN HONORAIRE		HERAIL (F. I. F)
ASSESEUR		GILLOT (I. F)

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	CANGE (F. I. F)
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. F)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanée	RAYNAUD (F. F. I. F)
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (F. F. I. F)
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (F. F. I. F)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (F. F. I. F)
Clinique médicale	AUBRY (F. F. I. F)
Histologie et Embryologie	WEBER (F. F. I. F)
Anatomie pathologique	POUJOL (I. F)
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (F. I. F)
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. F. C. F. I. F)
Physiologie	TOURNADE (O. F. F. I. F)
Pharmacie	MUSO (I. F)
Médecine légale	GIRAUD (F. F. I. F)
Anatomie	LEBLANC (F. F. I. F)
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (F. I. F)
Physique médicale	PORTES (F. F. I. F)
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire	CABANES (F. F. I. F)
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (F. A. F)
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. F)
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. F. O. O. F)
Pathologie générale et pathologie médicale	POROT (A. F.)
Thérapeutique	LEBON (F. F. A. O)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

COURRIER (F) Agrégé	Histologie.
---------------------------	-------------

PROFESSEURS HONORAIRES

ARGAUD (F. I. F)	HERAIL (F. I. F)
------------------	------------------

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (F. I. F)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ABOULKER (F. F.)

AGRÉGÉS

Chirurgie	{	DUBOUCHER (I. F)
		FERRARI (I. F)
		MOGGI (F)
Médecine	{	N...
		N...
		HERMANN (F. A. F. O)
Physiologie	{	RIBET (F. A. O)
Anatomie		N...
		HOUEL (F. F. A. F)
Chimie médicale	{	N...
Obstétrique		
Histoire naturelle pharmaceutique	{	

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie	BATTEZ.
-------------------	---------

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



A LA MEMOIRE
DE MES GRAND-PERE ET GRAND-MERE
PATERNELS

A MA GRAND-MERE MATERNELLE

A MA MERE, A MON PERE

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de mon éternelle reconnais-
sance pour les sacrifices qu'ils se sont
imposés.*

A TOUS LES MIENS.

A Monsieur E. SAUVAGE.

Chevalier de la légion d'Honneur.

Agrégé ès-sciences.

Proviseur des Lycées d'Alger

*Je n'oublierai jamais que c'est à lui
que je dois d'avoir pu commencer et
poursuivre mes études médicales. Je
me souviendrai avec émotion de la sol-
licitude et de la sympathie agissantes
que m'a témoignées ce Chef bienveil-
lant et de la confiance dont il m'a par-
ticulièrement honoré à l'infirmière du
grand Lycée.*

*Qu'il veuille bien agréer l'hommage
de ma vive reconnaissance et de mon
profond respect.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GILLOT

*Professeur de clinique médicale et hygiène
infantiles.*

dont j'admire le profond sens clinique et la conception si objective de la médecine.

Je lui sais particulièrement gré de m'avoir fait aimer les questions claires, nettes et de m'avoir enseigné sans toutefois négliger le détail, l'art d'être simple.

Je me rappellerai avec un plaisir certain ses remarquables enseignements au tout début de mes études médicales et lui serai toujours reconnaissant de cette affectueuse et cordiale sympathie qu'il ne cessa de me témoigner alors que je lui apportais ma modeste collaboration à l'infirmerie du grand Lycée d'Alger.

Qu'il veuille bien agréer l'hommage de ma profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il me fait aujourd'hui en présidant cette thèse.

A MES MAÎTRES ET JUGES

Monsieur le Professeur RAYNAUD

*Professeur de clinique des maladies des pays
chauds des maladies syphilitiques et cutanées.*

Chevalier de la Légion d'Honneur. Croix de Guerre.

*Mes deux dernières années d'études
médicales presque complètement pas-
sées dans son service ont fait de moi
un profond admirateur de ce Maître
dont l'érudition étonnante ne le cède
en rien à la vision objective des ma-
lades.*

*Je me rappellerai, non sans une émo-
tion certaine, ses remarquables leçons
du vendredi, ainsi que les passion-
nantes discussions qu'il animait au lit
du malade.*

*Je le remercie vivement de la bien-
veillance avec laquelle il nous accueil-
la toujours dans son service, et le prie
d'agréer l'expression de ma très res-
pectueuse reconnaissance.*

Monsieur le Professeur LAFFONT

*Professeur de clinique obstétricale et puériculture
du premier âge.*

Chevalier de la Légion d'Honneur

Je me souviendrai avec reconnaissance des précieuses leçons théoriques et pratiques de ce Maître éminent dispensées au cours des quelques mois trop courts, passés dans son remarquable service de la Maternité.

Son enseignement éclectique restera pour notre pratique obstétricale comme un pur exemple. Je le prie de vouloir bien accepter l'hommage de ma vive admiration et de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur BENHAMOU,

Chargé des fonctions d'agrégé.

Ses leçons éloquentes vivantes et claires, laisseront dans ma mémoire un souvenir ineffaçable.

A Monsieur le Docteur COLONIEU.

Ancien Chef de Clinique à la Faculté d'Alger.

*En souvenir de ses précieux conseils
et du bienveillant intérêt qu'il ne cessa
de me porter, J'ai toujours admiré sa
façon d'animer ses si intéressantes po-
lycliniques de la Consultation dermato-
syphiligraphique.*

*Avec sa bonté coutumière il m'a ou-
vert sa bibliothèque, et m'a facilité
ainsi la préparation de ce travail.*

*Je le prie de vouloir bien trouver
ici le faible témoignage de ma recon-
naissance.*

A Monsieur le Docteur HAMET,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Médecin-Chef de deuxième classe de la marine.

*En souvenir du bienveillant intérêt
qu'il ne cessa de me témoigner durant
mon séjour à l'hôpital de Sidi-Abdal-
lah.*

A Messieurs les Docteurs,
BELOT, ESPIEUX
Chevaliers de la Légion d'Honneur.

NEGRIÉ, BONNET, LABERNÈDE
Médecins de première classe de la marine.

A mon excellent ami le Docteur André CODACCIONI,

Notre solide amitié scellée il y a bientôt vingt ans sur les bancs de notre vieux collège de Bône a certainement été le plus bel ornement de ma vie d'étudiant.

Son affection, son aide agissantes m'ont permis, bien que très éloigné d'Alger, de terminer ce travail. Je lui en exprime toute ma gratitude et ma reconnaissance profonde.

A mes excellents amis Mme et M. Léopol DUBUS

Faible témoignage de notre vieille amitié et de notre solide affection.

A MES AMIS

Raoul PERRIER, *ingénieur agricole,*
J. BALLARIN, *docteur vétérinaire,*
Ch. SIMON, *pharmacien.*

En toute affection.

A tous les anciens Surveillants, aux Maîtres
d'internat des Lycées de Ben-Aknoun et d'Alger.

*Leur affectueuse sympathie et leur
bienveillante amitié ont ensoleillé mes
années d'études.*

*Je leur exprime toute ma reconnais-
sance et les prie de croire à mon inal-
térable affection.*

A mes Camarades de la Faculté,

A tous ceux qui m'ont témoigné de la sympathie.

Je dédie cette thèse.

Avant-Propos

Au tout début de nos études médicales, nous nous rappelons avec un certain plaisir notre premier stage hospitalier, fait à la clinique médicale infantile, dans le service de notre éminent Maître Monsieur le Professeur GILLOT. Entré de plain-pied dans la « carrière », rempli de cette flamme qui anime les débutants, nous écoutions avidement les excellents enseignements de notre Maître au lit du malade. Dans notre esprit, vierge encore de toute notion médicale, ses paroles s'incrustaient fortement pour y laisser des traces indélébiles et constituer des bases solides, nettes pour nos acquisitions médicales ultérieures.

Parmi ces premiers enseignements du début, certains plus que d'autres avaient retenu notre attention. Nous n'avions certes pas été peu frappé par l'importance donnée à la syphilis en milieu indigène, par le pourcentage considérable de syphilitiques attribués à cette race.

Nous avions d'autre part notre attention attirée sur le nombre considérable de décès infantiles indigènes dans les premières années de la vie. En sorte que deux faits semblaient alors, pour nous, dominer la pathologie indigène : la polyléthalité infantile et la syphilis.

Nous avons entendu rendre cette dernière en

partie responsable des nombreux décès infantiles indigènes, mais nous saisissons mal les rapports de cause à cet effet.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons pu apprécier la justesse des enseignements reçus, nous rendre compte de la gravité, de la triste importance de la syphilis en fait de mortalité infantile, de mortalité infantile indigène surtout.

Sollicité par nous, le Professeur GILLOT, ce même Maître dont les leçons avaient produit dans notre esprit de jeune étudiant une si profonde impression, nous signala l'intérêt, que présentait l'étude de ces problèmes encore un peu obscurs de la syphilis dans ses rapports avec la mortalité infantile indigène.

Nous abordâmes ce sujet d'enthousiasme, mais bientôt appelé par nos obligations militaires, bien loin d'Alger, nous connûmes les pires difficultés dans son étude. Nous nous excusons auprès de nos Juges de produire un travail dont la perfection ne répond nullement à celle que nous aurions désirée et nous leur demandons toute leur indulgence.

Nous remercions vivement tous ceux qui, à des titres divers, nous ont aidé dans la préparation de cette thèse. Notre reconnaissance va plus particulièrement à notre vieux camarade de toujours, notre excellent ami André CODACCIONI, dont l'appui précieux, l'aide agissante, l'affection profonde nous a permis bien que perdu dans un coin éloigné de la Tunisie, de présenter aujourd'hui ce travail.

Sidi-Abdallah.

14 Février 1933.

Plan

INTRODUCTION.

PREMIÈRE PARTIE.

- I. — Etude statistique de la natalité et de la mortalité pour la France et quelques pays étrangers.
- II. — Etude statistique de la natalité et de la mortalité en Algérie.
- III. — Etude statistique de la natalité, des avortements, et de la mortalité chez les enfants fréquentant la Consultation CRESPIN.

DEUXIÈME PARTIE.

Causes d'avortements de mortinatalité, et de mortalité infantile chez l'indigène algérien.

La syphilis en Algérie :

Les facteurs de son importance :

ancienneté de l'affection.

absence de traitement.

causes sociales, usages musulmans.

L'hérédo-syphilis chez l'indigène algérien.

son importance.

ses méfaits, ses rapports avec la mortalité infantile.

Nécessité du traitement syphilitique.

CONCLUSIONS.

Introduction

Accroissement de natalité, diminution de mortalité, tels sont les deux termes du progrès redoutable à résoudre pratiquement, en dehors de toute illusion systématique dans les limites où il peut l'être par la volonté de l'homme.

Paul STRAUSS.

De tous les problèmes sociaux, la natalité et la mortalité infantiles sont sûrement ceux qui, ces dernières années surtout ont le plus préoccupé tous les hommes, à quelque catégorie qu'ils appartiennent, qu'ils soient philanthropes, législateurs, économistes ou médecins.

C'est que devant la chute des naissances, devant le nombre considérable des décès constatés dans les premiers mois de la vie, chacun s'est ému de voir dans un avenir très proche, la disparition lente peut-être, mais à coup sûr irrémédiable de notre si admirable race française, qu'au cours des temps aucun fléau n'avait pu abattre.

100.000 enfants de 0 à 1 an meurent en moyenne chaque année en France (voilà le sinistre bilan !)
(1), tandis que notre natalité reste stationnaire, bas-

(1). Louis DEVRAIGNE. — *Formons les futures mamans in la technique moderne de la propagande d'hygiène sociale*, page 641.

se. C'est à peine si l'excédent de nos naissances sur nos décès accuse 60.000 alors qu'il était de 247.000 en 1868. Alors surtout que les nations voisines, l'Allemagne et l'Italie voient encore leur population s'accroître chaque année de 500.000 âmes (1).

Une action en faveur de la protection de l'enfance s'imposait donc. Cette action, on le conçoit aisément peut s'exercer dans deux sens : augmenter le nombre de naissances ou diminuer le nombre des décès infantiles. On aperçoit tout d'abord quelle difficulté pose le problème de la natalité. Son taux si peu élevé en France est dû à n'en pas douter à un mal d'origine moral, psychologique, mais il est aussi et surtout conditionné par les causes matérielles par la situation difficile de l'après guerre. Notre action en faveur de la natalité apparaît donc assez illusoire.

Elle ne pourra se borner d'une part qu'à combattre des doctrines individualistes (2), à lutter contre l'avortement, à célébrer le culte de la famille, à exiger de nos parlements, de nos gouvernements qu'ils instituent une large politique de soutien, d'aide pour les familles nombreuses.

Nous ne nous faisons d'ailleurs aucune illusion sur le résultat de cette lutte; mais, s'il est difficile d'augmenter le nombre de nos naissances, il est possible

(1). Général BORIE. — *La Natalité en France*. (même référence)

(2). AUBRUN. — *Pour et par l'enfance*, (Paris Médical 9 avril 1932.)

... On ne dira jamais assez à ce point de vue combien l'individualisme forcené qui est une des caractéristiques du tempérament français est responsable en partie de la situation pitoyable qui nous est faite au point de vue démographique.

de faire diminuer dans des proportions notables, le nombre de nos décès infantiles. « S'il est vrai qu'en France, on ne naît pas assez, disait très justement Waldeck-Rousseau, il est surtout vrai qu'on meurt trop » (1). « Et qui meurt trop ? C'est ce petit être faible et fragile, s'écrie Mantout (2), souvent mis en état d'infériorité par de mauvaises conditions sociales ou par des tares héréditaires ».

Plus des 2/3 des décès de 0 à 1 an sont évitables (3). Ils ont pour principales causes l'ignorance et la misère. C'est contre ces facteurs que convergèrent tous les efforts de ceux qu'avait émus, ce que l'on a pu appeler la « grande pitié des berceaux de France » (4).

En France, cette lutte hésitante à ses débuts, s'affirma de plus en plus ; l'œuvre commencée par Saint Vincent de Paul en 1648, reprise par Beaumarchais en 1770, continuée bien plus tard et menée avec la vigueur que l'on sait par les Docteurs Caron (1860), Pierre Budin, Pinard, Henri de Rothschild, les Variot et Dufour de Fécamp, cette œuvre de la protection de l'enfance connaît actuellement un

(1), (2). MANTOUT Georges. — *Mortalité infantile en Algérie*. (page 13).

(3). LOUIS DEVRAIGNE. — *Nécessité de la vulgarisation des principes d'hygiène infantile*. — Or comme le démontrait le Professeur BUDIN, si l'on réduit dans la classe populaire au minimum, et c'est possible, les trois grandes causes de mortalité infantile, diarrhée, affections des voies respiratoires et débilité congénitale, comme on le fait dans la classe aisée, on doit supprimer chaque année 60.000 décès de 0 à 1 an qui ne devraient pas se produire. (In Viborel, *Technique moderne de propagande d'hygiène sociale*).

(4). LESAGE. — *Conférence sur la protection et l'hygiène infantiles*. (In Viborel).

épanouissement tel que nous pouvons justement en être fiers.

En est-il de même en Algérie, en Afrique du Nord ? Nous ne pouvons malheureusement que répondre par la négative.

C'est qu'en Afrique du Nord, pays neuf, ouvert à la civilisation européenne, française, depuis un temps relativement court, le problème se présentait plus complexe, partant plus difficile. En 1830, nous trouvions un pays dont la désorganisation était complète. Les guerres ininterrompues, les pillages, une succession de fléaux, la misère, les épidémies avaient contribué à rendre lamentable la situation des masses indigènes de ce pays. Tout était à créer.

Il y a quelques mois, on célébrait par des fêtes retentissantes le premier centenaire de notre occupation. Des voix très autorisées ont chanté l'œuvre admirable accomplie, le glorieux chemin parcouru depuis le jour où nos vaillants soldats de France débarquaient à Sidi-Ferruch et venaient planter en Barbarie, le flambeau de la civilisation française. Certes nous ne saurions oublier l'histoire douloureuse mais combien héroïque et belle, de nos colons, de nos médecins venus à la suite de nos armées, qui, dans une lutte acharnée, déprimante, terrible, sans se laisser rebuter par la fièvre qui anéantissait leurs efforts, par les épidémies qui éclaircissaient leurs rangs, par l'immensité de leur terrible tâche, les privations de toutes sortes, ont contribué à faire de ces contrées le beau, le riche pays que nous habitons avec fierté.

Est-ce à dire qu'en tous les domaines, la perfection ait été atteinte ? Nous ne le pensons pas. Nous

plaçant au seul point de vue médical et considérant simplement le problème de la protection de l'enfance, de l'enfance indigène surtout, nous constatons avec un peu de tristesse, combien l'Algérie est en retard sur la Métropole. Nous n'ignorons certes pas combien en particulier était difficile tout travail sur la natalité et la mortalité infantile en Afrique du Nord. Aucune statistique vraiment sérieuse, jusqu'à ces derniers temps, ne pouvait être utilisée. La pathologie infantile indigène, européenne même, restait encore bien floue. Les causes, j'allais dire les conditions étiologiques de la mortalité infantile nous échappaient bien souvent.

Les Musulmans cependant, à notre contact bienveillant, prolongé, ont perdu leur défiance instinctive, naturelle, pour tout ce qu'ils considéraient comme une intrusion dans leur vie domestique, nos médecins pénètrent volontiers dans leurs familles, leurs femmes viennent de plus en plus nombreuses accoucher dans nos hôpitaux, leurs déclarations à l'état civil sont actuellement faites avec la plus grande régularité.

Nous nous trouvons donc actuellement devant un nouvel état de faits. Une étude nouvelle, complète de la natalité et surtout de la mortalité infantile algériennes, une étude de leurs causes et des remèdes à y apporter, dès lors s'imposait.

Le présent travail ne sera qu'un modeste essai dans ce sens.

PREMIERE PARTIE

..... Or la statistique, elle, et nous entendons la statistique bien comprise, ne préjuge pas, elle donne le fait, la preuve. Assurément, si une telle méthode a aujourd'hui tant de détracteurs, c'est que, comme l'a dit PARENT-DUCHATELET, elle exige du travail, et que les travailleurs sont plus rares que les hommes d'esprit.

MARTIN et FOLEY.

(Histoire Statistique de la Colonisation Algérienne).

Un enfant qui naît a moins de chances de vivre une semaine qu'un vieillard de 90 ans, moins de chances de vivre un an qu'un vieillard de 80 ans (1).

BERGERON.

Avant d'entreprendre une étude détaillée de la mortalité et de la natalité en Algérie, nous allons analyser les statistiques de la France et de quelques pays étrangers. Ces statistiques, points de comparaison précieux, nous permettront de mieux nous rendre compte de ce qui nous sépare et de la métropole et des différents pays européens, au point de vue de la perfection de l'hygiène, de « l'intelligence de la santé », s'il est vrai qu'une natalité toujours plus belle, pour un nombre de décès sans cesse en déclin, estime à son juste prix le degré de la santé et de la civilisation d'un peuple.

(1) CASSAN. — *Consultation des nourrissons*. (Thèse, Lyon 1905 ; in thèse Mantout. Alger, 1914).

I. - Etude statistique de la natalité et de la mortalité pour la France et quelques pays étrangers

1. — NATALITE

a) FRANCE.

La natalité en France n'a jamais été bien brillante. L'examen des chiffres ci-dessous et surtout des pourcentages des naissances d'enfants vivants pour 10.000 habitants de tous âges, nous le démontre amplement.

Années	Nombre de naissances d'enfants déclarés vivants	Proportions de naissances p. 10000 hab. de tous âges
1913.....	790.355	190
1920.....	833.518	214
1921.....	811.776	207
1922.....	759.702	193
1923.....	761.258	191
1924.....	753.519	187
1925.....	770.060	190
1926.....	767.475	188
1927.....	743.833	182
1928.....	949.347	183
1929.....	730.060	177
1930.....	748.911	180
1931.....	730.349	171

NATALITÉ

Naissances vivantes enregistrées dans quelques pays, depuis 1901

pour 1.000 habitants de tous âges

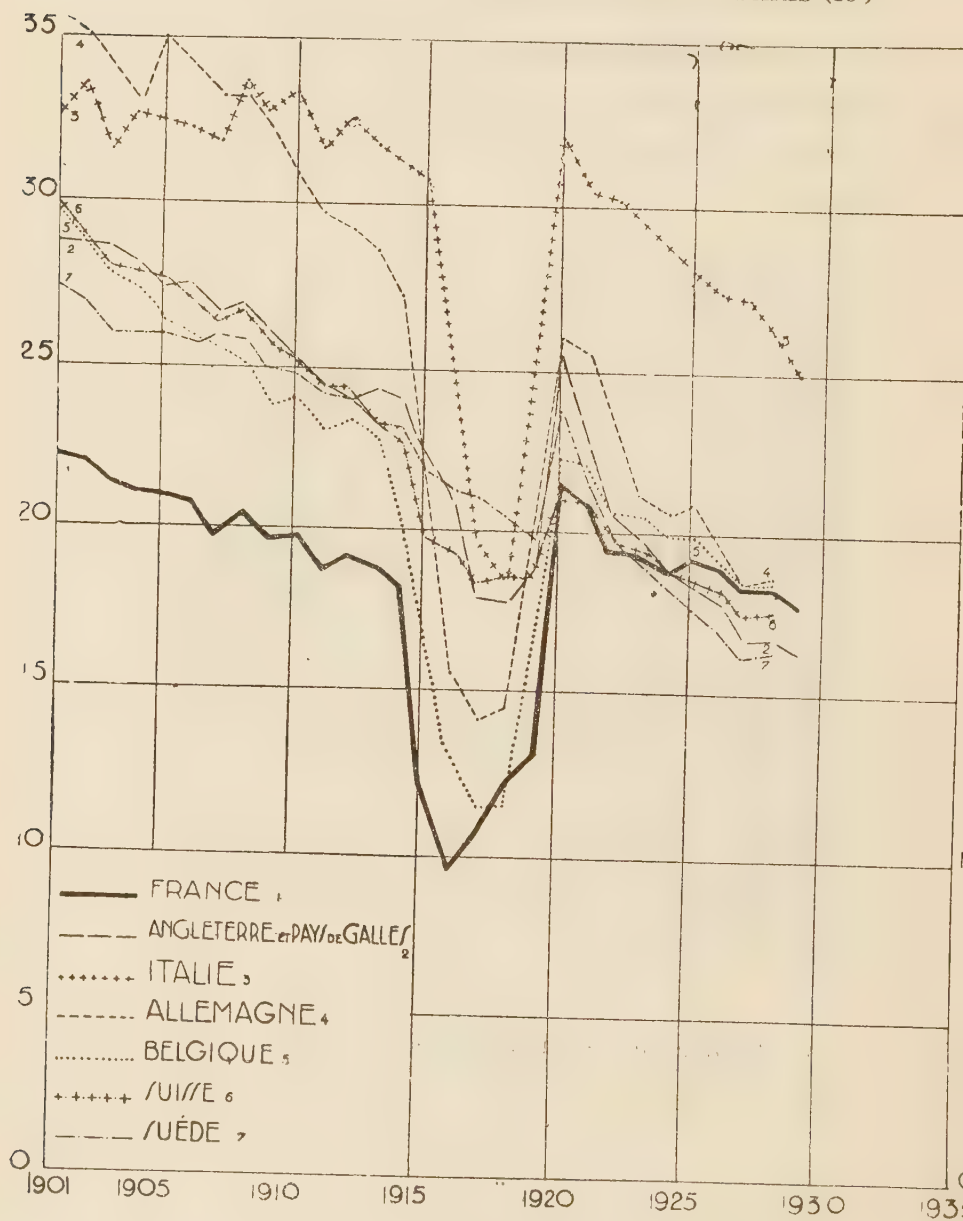
Années	France	Angleter et Galles	Italie	Belgique	Allema- gne	Suisse	Norvège	Dane- mark	Suède	Hollan ^{de}
1901	22,0	28,5	32,5	29,4	35,7	29,7	29,8	29,7	27,0	32,3
1902	21,7	28,5	33,3	28,1	35,1	28,7	29,0	29,2	26,5	31,8
1903	21,1	28,1	31,4	27,5	33,9	27,7	28,8	28,7	25,7	31,6
1904	20,9	27,9	32,5	27,1	34,1	27,7	28,1	28,9	25,7	31,4
1905	20,6	27,2	32,3	26,2	35,0	27,4	27,4	28,4	25,7	30,0
1906	20,5	27,2	32,1	25,7	34,1	26,9	26,7	28,5	25,5	30,4
1907	19,7	26,5	31,7	25,3	33,2	26,2	26,3	28,3	25,7	34,0
1908	20,2	26,7	33,7	24,9	33,1	26,1	26,2	28,6	25,6	29,7
1909	19,5	25,8	32,7	23,7	32,0	25,5	26,0	28,2	24,7	29,1
1910	19,6	25,1	33,3	23,8	30,7	25,0	26,1	27,5	24,5	28,6
1911	18,7	24,3	31,5	22,9	29,5	24,1	25,6	26,7	21,0	27,8
1912	19,0	23,9	32,4	23,2	29,1	24,1	25,6	26,6	23,8	28,1
1913	18,8	24,1	31,7	21,6	28,3	23,1	25,2	25,6	23,1	28,1
1914	18,1	23,8	31,1	20,2	27,0	22,5	21,9	25,6	22,9	28,2
1915	11,8	21,9	30,5	16,1	21,5	19,5	23,7	24,2	21,6	26,2
1916	9,5	20,9	24,0	12,8	15,3	19,0	26,4	21,3	21,1	26,5
1917	10,4	17,8	19,5	11,3	13,9	18,2	25,0	23,9	20,8	26,0
1918	12,1	17,7	18,1	11,4	14,3	18,1	24,5	24,1	20,3	24,8
1919	13,0	18,5	21,0	16,2	20,0	18,4	22,7	22,6	19,6	24,2
1920	21,3	25,5	31,9	22,2	25,9	20,9	26,1	25,4	23,6	28,1
1921	20,7	22,4	30,3	21,4	25,3	20,8	24,0	24,0	21,0	27,4
1922	19,3	20,4	30,2	20,4	22,9	19,6	23,1	22,2	19,6	25,9
1923	19,1	19,7	29,3	20,4	21,0	19,4	23,0	22,3	18,8	26,1
1924	18,7	18,8	28,4	19,9	20,5	18,8	21,8	21,8	18,1	25,0
1925	19,0	18,3	27,8	19,8	20,7	18,4	20,0	21,0	17,5	24,2
1926	18,8	17,8	27,2	19,0	19,5	18,2	19,7	20,5	16,9	23,8
1927	18,1	16,6	26,9	18,3	18,3	17,4	18,2	19,6	16,1	23,1
1928	18,2	16,7	26,1	18,3	18,6	17,5	18,0	19,6	16,2	23,3
1929	17,7	16,3	25,0	18,1	17,9	17,0	17,6	18,6	15,1	22,8
1930	18,1	16,3	26,0	18,6	17,7	27,2	17,3	18,7	15,4	23,1
1931	17,4	15,8	24,7	—	—	—	16,8	—	—	22,2

— Absence de renseignements.

LE DÉCLIN DU TAUX DE LA NATALITÉ

Proportion pour 1.000 habitants de tous âges des naissances vivantes enregistrées depuis 1901.

OFFICE NATIONAL D'HYGIENE SOCIALE — PARIS (15°)



Notre natalité décline régulièrement depuis 1920. Après avoir été particulièrement faible durant la grande guerre, phénomène parfaitement compréhensible d'ailleurs, elle atteint en 1920 et 1921 des taux (1920 : 21,3 0/00 ; 1921 : 20,7 0/00) qu'elle ignorait depuis des années 1901 et 1902 (1901 : 22,0 0/00 ; 1902 : 21,7 0/00). Malheureusement depuis 1920, nous constatons un fléchissement continu du taux de nos naissances. En 1920, il naissait en France 213 enfants pour 10.000 habitants, en 1930, ce chiffre était réduit à 181, en 1931 à 174.

b) COMPARAISON AVEC QUELQUES PAYS ETRANGERS.

Avant la guerre, la France se classait nettement pour sa natalité au dernier rang des nations européennes (voir tableau et courbes page suivante). Sa natalité très réduite pendant la guerre, se relève cependant brusquement en 1920 et chose curieuse cette recrudescence est constatée aussi dans les pays neutres. Mais dès 1922, une baisse générale ramène très rapidement les taux de natalité au-dessous du niveau de 1914. Actuellement (1930), la France se classe derrière la Roumanie : 350 (naissances pour 10.000 habitants), l'Espagne, 289 (en 1929) ; l'Italie, 262 ; la Hongrie, 247 ; les Pays-Bas, 230 ; le Danemark, 187. Presque au même niveau que la France ; on trouve la Belgique, 186. Viennent après la France, l'Allemagne, 175 ; la Norvège, 174 ; la Suisse, 172 ; l'Autriche, 168 ; l'Angleterre, 163 ; la Suède, 154.

Nous avons d'ailleurs reproduit (page 27), les taux de natalité de quelques pays européens, ainsi que

les graphiques correspondants (1). Ceux-ci montrent d'une façon saisissante la tendance générale au déclin du taux de la natalité des différentes nations de l'ancien continent.

2. — MORTALITE GENERALE

Nous nous étendrons peu sur la mortalité générale celle-ci n'intéressant qu'à un degré secondaire le présent travail. Nous constaterons cependant que la mortalité générale en France se maintient à un taux élevé par rapport aux autres nations. D'après l'ordre croissant de la proportion des décès pour 10.000 habitants, les différents pays, en 1930, se classent de la façon suivante :

Australie, 86 ; Pays-Bas, 92 ; Norvège, 104 ; Danemark, 108 ; L'Allemagne, 111 ; Angleterre, 114 ; Suisse, 116 ; Suède, 117 ; Belgique, 132 ; Ecosse, 132 ; Autriche, 135 ; Italie, 138 ; Hongrie, 153 ; *France*, 156 ; Pologne, 158 ; Portugal, 176 ; Espagne, 180 ; Roumanie, 194 ; Japon, 200.

En France donc, le taux de notre mortalité générale est très élevé. Il serait en réalité la conséquence de notre natalité faible et sans cesse décroissante, notre pays comptant de ce fait un nombre relatif de vieillards plus élevé que les autres pays (2).

(1) Ces graphiques nous ont été obligeamment communiqués par l'Office National d'Hygiène Sociale, 26, Boulevard de Vaugirard, Paris (XV^e).

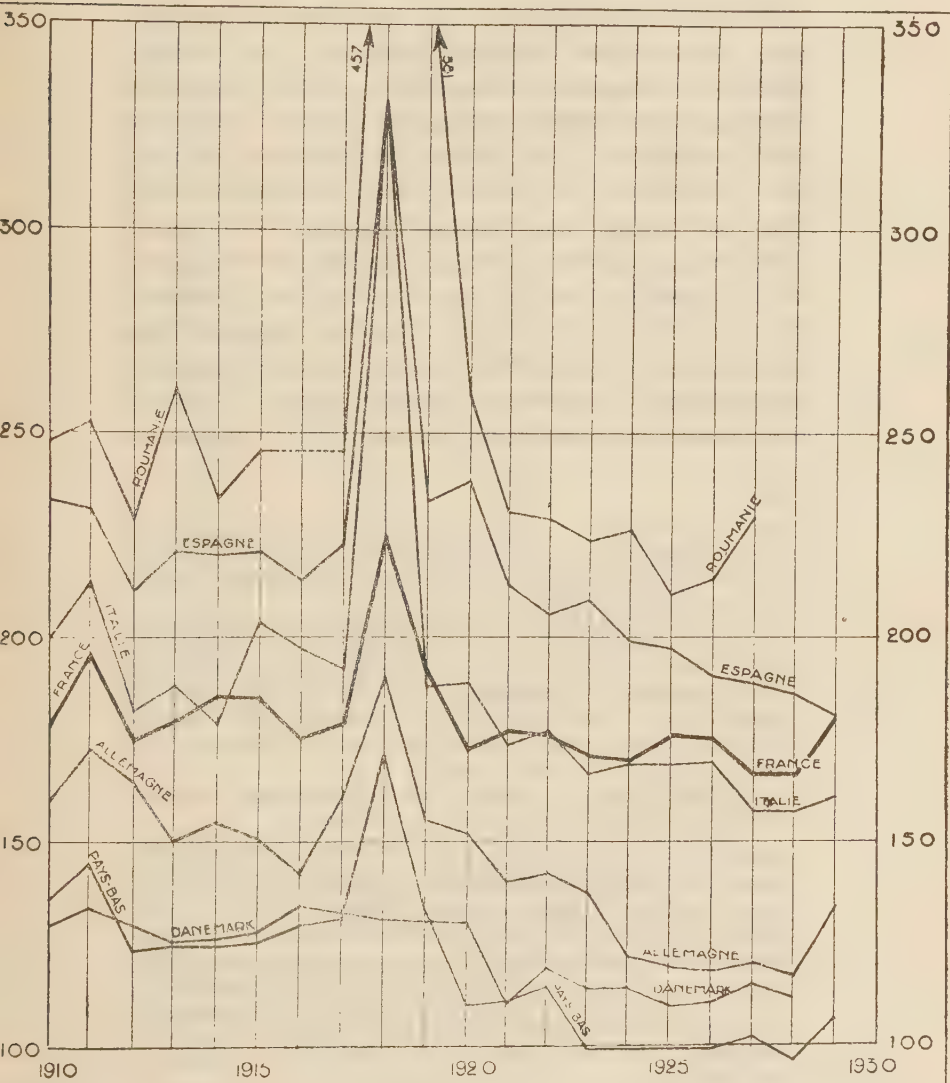
(2) Michel HUBER. — *Rapport de la Statistique annuelle*. (Journal Officiel, Annexe, 29, Avril 1932).

..... Toutefois la comparaison des taux bruts de mortalité est, dans une certaine mesure, trompeuse en raison des différences considérables dans la répartition par âge des habitants des divers pays. Par suite de la nata-

MORTALITÉ GÉNÉRALE (MORT-NÉS NON COMPRIS)

Proportion des décès pour 10.000 habitants de tous âges

OFFICE NATIONAL D'HYGIENE SOCIALE — PARIS (15^e)



3. — MORTALITE INFANTILE DE 0 A 1 AN

a) EN FRANCE.

Il est réconfortant de voir dans quelles proportions, la mortalité infantile française a été réduite. Alors qu'il mourait environ 142 enfants de moins d'un an pour 1000 naissances en 1901, notre état civil n'enregistre plus guère annuellement en 1931 que 76 décès. Ce déclin du taux de nos décès infantiles va toujours s'accroissant depuis 1901 jusqu'à nos jours. Cette décroissance continue de notre mortalité infantile est la conséquence de l'éclosion d'œuvres de la protection de l'enfance toujours plus nombreuses et des soins tout particuliers apportés maintenant à l'enfance du premier âge (1). Ces heureux résultats constituent les meilleurs plaidoyers

lité plus faible et depuis longtemps décroissante, la France compte un nombre relatif de vieillards plus élevé que les autres pays, et sa mortalité totale se trouve augmentée de ce fait.

..... Les taux rectifiés de mortalité générale permettent de situer la France à son véritable rang, c'est-à-dire dans une position moyenne entre les pays de l'Europe septentrionale, à mortalité faible, et ceux de l'Europe méridionale à forte mortalité. La situation de la France apparaît ainsi moins défavorable que le laisserait supposer l'examen des taux bruts.

- (1) Michel HUBER. — *Rapport sur la Statistique Annuelle*. (Journal Officiel Annexe, 29 Avril 1932.)

..... Le taux de la mortalité infantile en France, 79 pour 1000 nés vivants, est le plus bas que l'on ait constaté en notre pays jusqu'en 1930. Il est la résultante d'un mouvement continu d'améliorations, malgré certains relèvements constatés dans des années à été ou à hiver particulièrement dangereux. Mais la comparaison de ce taux avec ceux des pays européens tels que les Pays-Bas, la Suisse, la Suède, la Norvège, l'Angleterre, montre que des progrès importants peuvent et doivent être encore réalisés en France quant à la mortalité des enfants en bas âge.

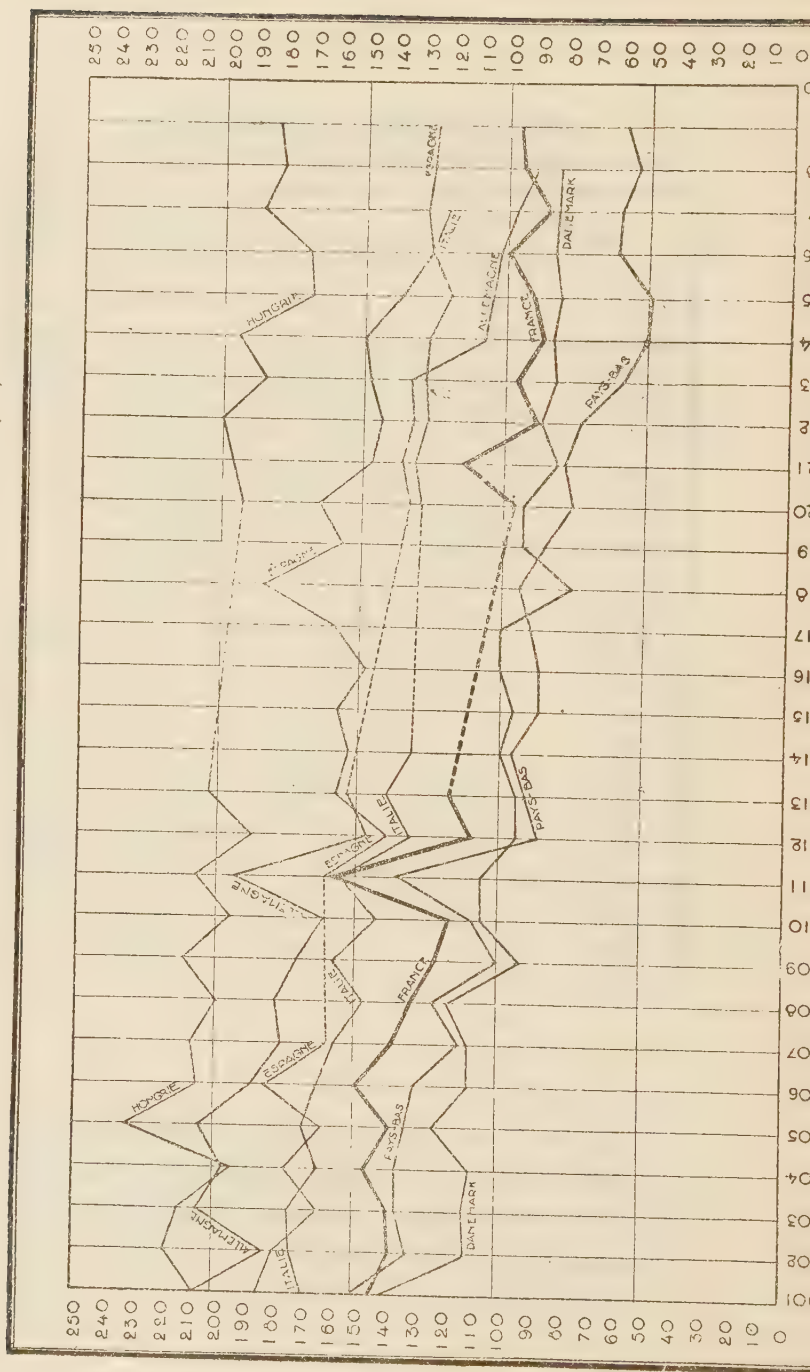
MORTALITÉ INFANTILE

Nombre de décès de moins d'un an pour 1.000 naissances vivantes

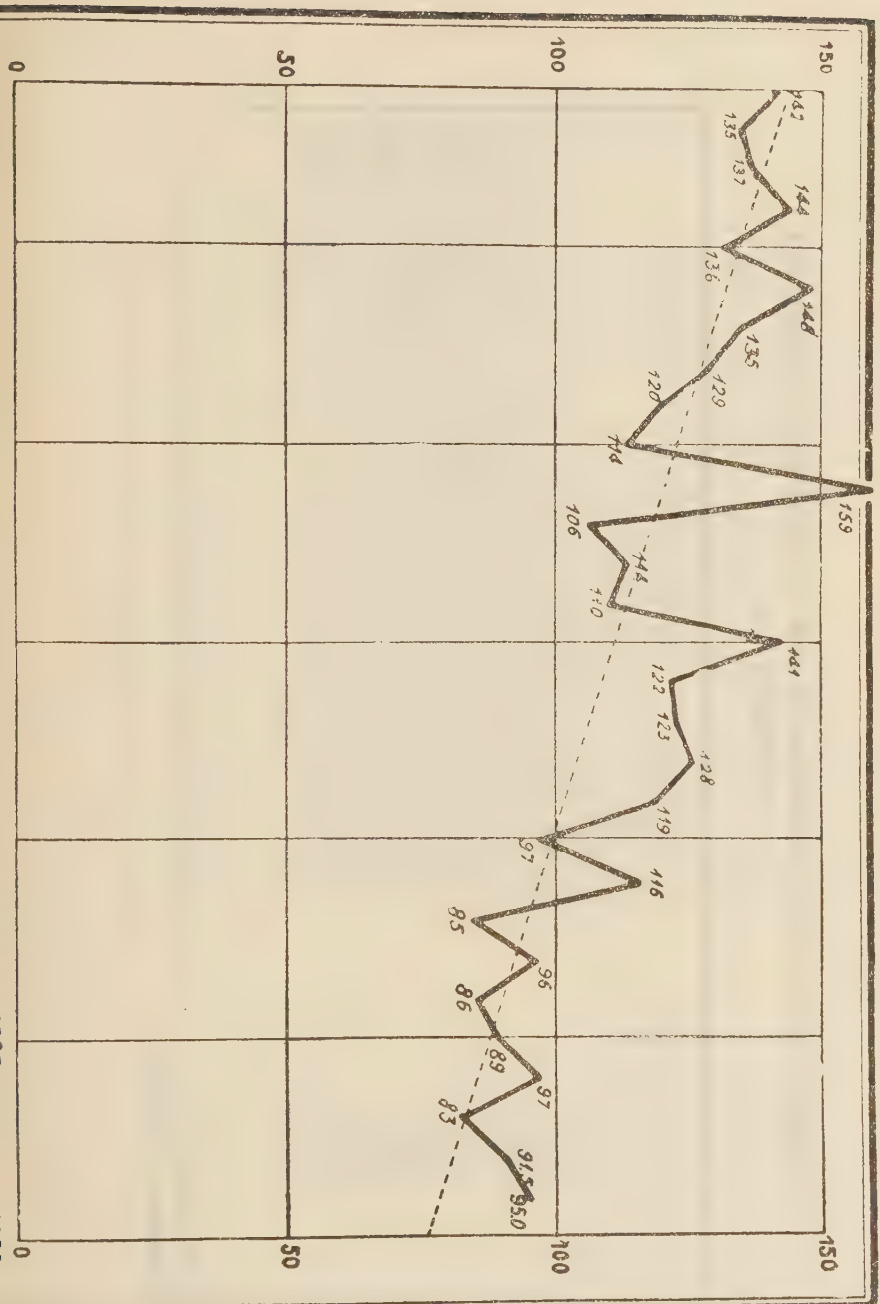
ANNÉES	France	Suède	Italie	Allemagne	Belgique	Danemark	Pays-Bas	Suède	Norvège	Espagne
1901.....	142	101	166	206	140	137	149	134	91	186
1902.....	135	88	172	183	143	110	130	135	77	180
1903.....	137	90	172	205	156	111	135	138	77	162
1904.....	144	82	161	196	151	108	134	137	78	173
1905.....	136	86	166	205	144	123	129	127	79	161
1906.....	148	80	161	185	153	108	127	127	66	174
1907.....	135	80	157	176	132	108	112	121	66	158
1908.....	129	86	147	178	147	118	125	108	82	«
1909.....	120	72	157	170	137	92	99	115	66	«
1910.....	114	74	140	162	134	106	108	105	66	«
1911 (1)	159	72	157	192	167	106	137	123	65	162
1912.....	106	71	128	147	120	93	87	94	68	137
1913.....	114	70	133	151	131	94	91	96	65	155
1921 (1)	116	65	129	134	115	77	76	74	54	147
1922.....	85	63	126	130	107	85	67	70	55	142
1923 (1)	96	56	127	132	93.1	82	57	60.5	50	148
1924.....	85.5	60	126	108	89	85	51	62.1	50	149
1925.....	89	55	119	105	94	80	49	58.3	54	136
1926 (1)	97.5	57	127	101	97.4	84	61	56.5	48	126
1927.....	83.3	62	120	97	92	83	59	57	51	127
1928 (1)	91.3	62	120	89	87	81	53	53	49	125
1929 (1)	95	60	«	96	104	83	59	52	49	123
1930.....	78.5	«	«	«	«	«	51	51	«	«
1931.....	76	«	«	«	«	«	50	»	«	«

(1) Étés à chaleurs ayant dépassé sensiblement la température normale. De plus, la rigueur des mois de janvier et février 1929, a entraîné la mort de nombreux nourrissons.

MORTALITÉ INFANTILE
enregistrée dans quelques pays européens
Proportion des décès de 0 à 1 an pour 1.000 naissances vivantes.
OFFICE NATIONAL D'HYGIENE SOCIALE — PARIS (15^e)



MORTALITÉ GÉNÉRALE DE PREMIÈRE ANNÉE
(Nombres proportionnels de décès de 0 à 1 an pour 1,000 naissances vivantes).
OFFICE NATIONAL D'HYGIÈNE SOCIALE — PARIS (15°)



Excédent Annuel des Naissances sur les Décès dans divers Pays
(Nombres Absolus)

A N N É E S	France (a)	Empire Allemand (b)	Angleterre et Galles	Autriche (b)	Belgique	Espagne	Italie	Norvège	Pays-Bas	Suède
1913	58914	818687	376915	38966	61816	118501	158516	29028	97674	53476
1920	162461	667058	491652	23869	61233	128178	476292	35241	111402	60393
1921	118651	700248	390185	40687	60425	193423	476110	33323	112514	54187
1922	72051	528589	293344	37491	46996	214763	467033	29977	101505	40603
1923	95562	439551	313346	46961	56029	212893	481052	29775	111703	45011
1924	74577	511745	256698	44086	51107	222196	461600	26869	114263	37008
1925 ^e	62244	517808	237741	40853	52109	212341	138710	23354	106424	35374
1926	54724	493541	240759	28220	45201	242563	114280	23770	104136	30658
1927	68293	401693	169563	19728	38521	216212	453929	18639	97184	20775
1928	70205	443295	190822	20686	41066	253238	126662	19260	105212	24601
1929	12564	341496	111181	14713	25121	246123	370464	16161	93992	17423
1930	99786	415924	193884	21549	43938	»	519587	19517	110628	22448
1931	49639	»	140945	»	»	»	416476	16928	100352	»

a) 90 Départements. — b) Sans l'Alsace et la Lorraine, depuis 1913, sans la Sarre depuis 1921. —
c) Nouveau territoire.

Excédent annuel moyen des Naissances

Sur les décès pour 10.000 Habitants

ANNÉES	France (a)	Empire Allemand	Angleterre et Galles	Autriche (b)	Hongrie	Belgique	Espagne	Italie	Norvège	Pays-Bas	Suède
1901-1905....	18	149	121	113	110	107	92	106	141	155	106
1906-1910....	7	141	116	113	115	87	92	115	124	152	111
1911-1913....	9	118	102	98	112	73	89	124	121	150	98
1920	42	108	131	37	100	83	62	131	133	162	103
1921	30	112	103	62	106	80	91	129	125	163	91
1922	18	86	76	57	94	63	100	125	111	145	68
1923	24	71	81	72	97	72	98	127	110	161	75
1924	18	82	66	67	66	69	102	116	99	153	61
1925	16	88	61	62	112	67	97	110	85	144	58
1926	14	78	62	42	107	57	110	103	87	140	52
1927	17	64	43	29	80	48	97	112	68	129	34
1928	17	60	50	31	91	52	113	104	69	137	40
1929	3	53	29	22	73	31	109	90	58	121	30
1930	24	64	49	35	94	54	«	124	70	139	37
1931	11	»	35	«	67	»	«	101	60	125	»

a) 90 départements — b) nouveau territoire depuis 1920

en faveur d'une organisation intelligente et forte de la puériculture dans un pays. Ils nous incitent à continuer l'admirable œuvre entreprise en faveur de l'enfance, à y apporter toute notre attention, tout notre cœur.

b) *COMPARAISON AVEC QUELQUES PAYS
ETRANGERS.*

La mortalité est faible dans les pays du Nord de l'Europe centrale et septentrionale. En 1930, les pays se classent comme suit :

Australie, 47 ; Pays-Bas, 51 ; Suisse, 51 ; Suède, 54 ; Norvège, 55 ; en 1929 : Angleterre, 60 ; France, 79 ; Danemark, 82 ; Allemagne, 84 ; Finlande, 92 en 1929 ; Belgique, 93 ; Autriche, 106 ; Espagne, 123, en 1929 ; Italie, 125, en 1929 ; Tchéco-Slovaquie, 137 ; Japon, 142, en 1929 ; Hongrie, 154 ; Roumanie, 187, en 1928.

La France vient donc au 7^e rang avec une mortalité infantile plus forte que celle des pays de l'Europe du Nord, (Danemark, Finlande, exceptés), mais plus faible que dans l'Europe centrale et méridionale (à l'exception de la Suisse).

4. EXCEDENTS DE NAISSANCES OU DE DECES

Cet examen est facilité par les deux tableaux ci-contre.

En 1911-1913, la France se classait au point de vue de l'excédent des naissances sur les décès, bien loin derrière les autres pays européens. Son excédent de 9 pour 10.000 habitants y était anormale-

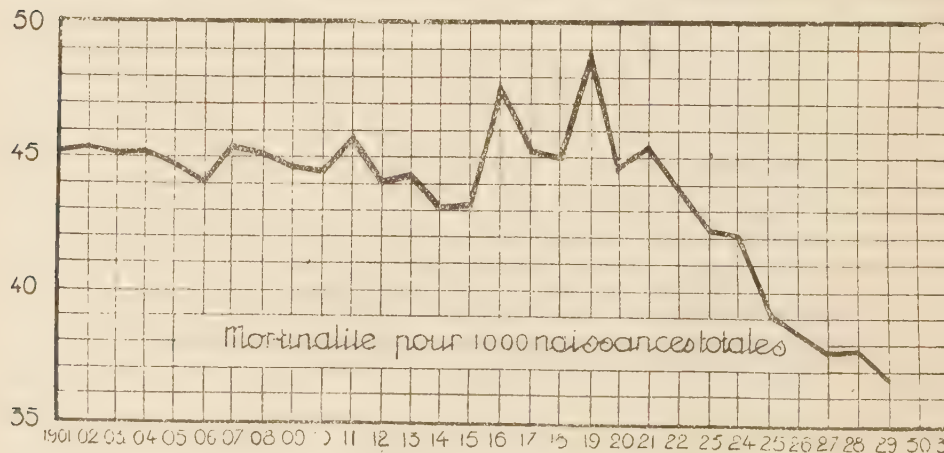
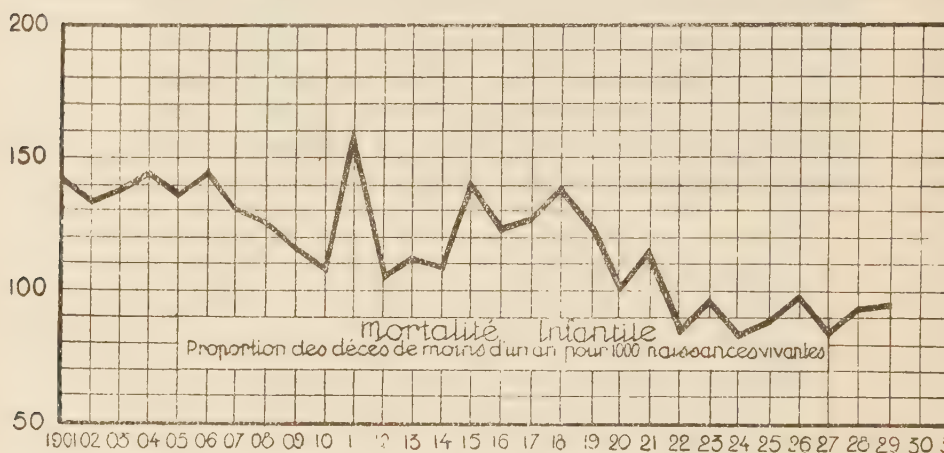
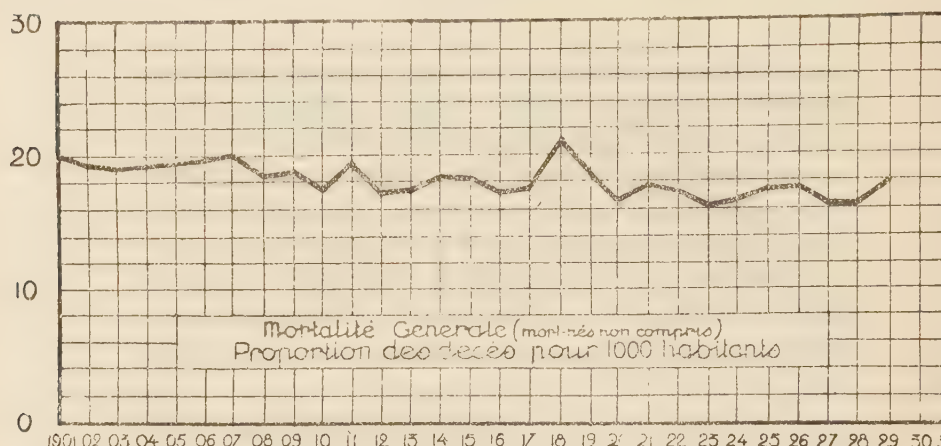
ment faible, le dixième du taux constaté dans les pays les moins favorisés : Belgique, Espagne, 80 à 90 pour 10.000. En 1930, la France se classe encore au dernier rang, mais l'écart avec les autres nations s'est considérablement réduit par rapport à 1911-1913. Immédiatement avant la France, on trouve en effet en 1930 : Autriche, 35 ; Suède, 37 ; Angleterre et Galles, 49 ; Belgique, 54 ; Allemagne, 64 ; Norvège, 70 ; Hongrie, 94 ; Italie, 124 ; Pays-Bas, 139.

« Bien que plus élevé qu'en 1911-1913, l'excédent relatif des naissances en 1930, constate Michel Huber (1), n'est encore en France que la moitié de celui de l'Angleterre, et que le tiers environ du taux allemand ; il ne représente qu'un peu moins du cinquième des coefficients italien et hollandais, qui sont de beaucoup les plus élevés. »

(1) Michel HUBER. — *Rapport sur la Statistique Annuelle.*

Mortalité Générale, Mortalité Infantile et Mortinatalité observées en France depuis 1901.

OFFICE NATIONAL D'HYGIENE SOCIALE — PARIS (15^e)



II. - Etude statistique de la natalité et de la mortalité en Algérie

Dès le début de notre conquête, nos administrateurs, nos médecins, ont cherché à établir une étude démographique des masses indigènes. La tâche était alors ardue, sinon impossible.... C'est avec les derniers mois de 1857, que la pacification de l'Algérie est une chose accomplie, la guerre terminée. Jusque là les insurrections de tribus, les razzias, les expéditions contre les rebelles, ne permettaient aucune enquête vraiment sérieuse. Avec la paix, notre administration se développant, notre état civil put enregistrer les mouvements de la population musulmane. Mais survint alors une très grosse difficulté créée par la mentalité même de l'indigène. Ce dernier, méfiant par nature, peu enclin à livrer à autrui les secrets de sa vie familiale (1), dont il s'es-

(1) E. L. BERTHERAND. — *Médecine et Hygiène des Arabes*, 1855.

..... Toutes les questions de chiffres, statistiques, si intéressantes et si utiles pour le législateur qui leur demande le critérium des institutions sociales ont été jusqu'ici insolubles chez les populations musulmanes. Le fervent disciple du Koran est trop jaloux du profond mystère dans lequel il enfouit les secrets de son existence et de sa vie domestique, pour permettre la moindre investigation domiciliaire, le moindre renseignement même oral sur sa famille, c'est un moyen pour lui d'échapper à l'autorité despotique qui a toujours pesé si lourdement sur ses intérêts et si souvent au simple type de caprice ou de vexation.

time devoir être le seul dépositaire, n'accomplissait aucunement ses déclarations. Par ailleurs, il ne pouvait se défendre, tout au moins au début, de voir en l'européen, l'adversaire, l'hérétique contre qui on l'avait enrôlé tout dernièrement encore dans une véritable guerre sainte. Les premières statistiques officielles concernant les Indigènes sont donc toutes bien au-dessous de la réalité. Elles ne constituent que de grossières approximations, sans plus. En 1865 et en 1866, l'administration renonce à donner des chiffres quelconques pour l'ensemble de la population musulmane (1). En 1872, aucune statistique ne paraît sur l'annuaire de la statistique générale de l'Algérie ; on pense cependant obtenir des déclarations plus régulières en établissant pour les Indigènes les mêmes sanctions pénales que pour les Européens, au cas de défaut de déclaration (2). Ce décret est mis en vigueur en 1875. Malgré cela, les espoirs de nos administrateurs sont complète-

-
- (1). *Tableaux de la situation des établissements français dans l'Algérie*. Année 1865-1866. (page 55).

Musulmans : l'impossibilité actuelle de constater régulièrement hors des villes le mouvement des naissances et des décès chez les indigènes musulmans ne permet point de leur résumer en chiffres connus comme pour les Européens et les Israélites.

- (2). *Statistique générale de l'Algérie Années 67 à 68* (page 93).

..... Les sanctions pénales inscrites dans nos lois en matière de déclaration des naissances et des décès n'étant pas applicables aux indigènes non naturalisés, les registres de l'état civil musulman laissent des lacunes plus ou moins considérables. Dans les tribus placées en dehors des villes et des centres de colonisation, il n'existe en réalité de tout acte de l'état civil aucun moyen de contrôle.

ment déçus dans les années suivantes (1) et ce n'est qu'en 1888 qu'une première statistique est établie ; elle n'est cependant pas publiée, car considérée comme entachée d'erreurs. En 1889, paraît enfin à l'Officiel, la première statistique des Musulmans d'Algérie. Ces premiers chiffres sont accompagnés de justes réserves quant à leur extrême précision. Depuis, régulièrement tous les cinq ans paraissent des dénombrements de plus en plus exacts de la population tant indigène qu'européenne. Enfin à partir de 1902 (2), l'Algérie a été divisée schématiquement d'ailleurs, en territoires du Nord et territoires du Sud. Les territoires du Nord étant constitués par l'Algérie proprement dite. Chacun de ces territoires a ses dénombrements particuliers. Pour plus de simplicité dans nos études statistiques, nous avons supprimé cette distinction et n'avons retenu qu'un chiffre unique, global.

Jusqu'en 1906, les statistiques officielles publiées par le Gouvernement Général de l'Algérie dénombraient séparément la population algérienne, en

(1) *Statistique générale de l'Algérie Années 76 à 78* (page 130).

..... Depuis 1875, aux termes d'un arrêté pris par chaque préfet, en ce qui concerne son département, une omission ou un retard de plus de huit jours dans les déclarations des naissances et des décès sont considérés comme des infractions spéciales à l'indigénat et comme telles passibles de peines édictées par les articles 464, 465 et 466 du Code pénal.

..... C'est ainsi que dans un temps très proche, l'Administration pourra connaître d'une manière à peu près certaine en ce qui concerne les Musulmans, le nombre annuel des mariages, des divorces, des naissances et des décès.

Statistique générale de l'Algérie Années 1885-86-87.

..... Aucune mention en ce qui concerne l'état civil des Indigènes.

(2) Loi du 24 Décembre 1902.

français d'origine ou naturalisés, en étrangers, en israélites et en indigènes. Depuis les Israélites sont comptés avec les Européens (1). Cette façon de procéder, nous paraît déplorable, car pratiquement tous nos résultats statistiques sont faussés. C'est qu'en effet, l'Israélite algérien, tout comme le musulman est indigène. Il nous suffirait simplement de relire l'histoire de cette race en Algérie pour nous convaincre de ce fait (2).

(1) Avant 1870, les Français d'origine et les Juifs étaient absolument séparés dans les statistiques. Depuis 1871, les naissances juives sont comptées avec celles des français d'origine. Depuis 1926, il n'existe plus de distinctions démographiques dans les statistiques officielles entre français d'origine et juifs algériens.

(2) Augustin BERNARD. (*L'Algérie*, Félix Alcan 1929, page 364).

..... Ils (les Israélites) sont d'origine très diverses. Les uns sont véritablement des Indigènes convertis au judaïsme, d'autres sont des juifs d'Orient, d'autres enfin des juifs d'Espagne. Il y a eu en effet en Afrique du Nord de nombreuses émigrations juives. Dès la première prise de Jérusalem par Nabuchodonosor, les Juifs se répandirent en Afrique. En 320 avant J.-C., Ptolémée Soter en transporta plus de 100.000 en Cyrénaïque ; une autre émigration se produisit après la destruction du Temple par Titus (70 après J.-C.). Il y eut au XIV^e siècle, une véritable période juive en Berbérie et au Sahara. Les juifs majorquins, en relations régulières avec leurs coréligionnaires africains, ont joué un rôle capital dans l'histoire de la cartographie, pendant que les juifs du Touat monopolisaient le commerce transaharien. En 1391, vinrent les juifs d'Espagne, qui plus instruits et plus cultivés que leurs coréligionnaires, furent les vrais fondateurs du judaïsme en Algérie. En 1492, 800.000 juifs quittèrent la péninsule ibérique, les uns pour la France, les autres pour l'Afrique du Nord, où ils renforcèrent les éléments espagnols. En Algérie, les juifs africains ne se trouvent plus guère que dans le Sud, au Mزاب et à Bou-Saada. Au nord et dans les villes du Tell, l'élément espagnol domine. Enfin un contingent plus récent est celui des juifs livournais, placés par les capitulations sous la protection du Consul de France, exempts des

On incorpore donc aux Européens d'origine, des africains d'origine. Dès lors, notre travail qui a pour but justement de mettre en opposition les populations aborigènes de ces deux continents, n'a plus ici toute sa valeur de précision.

Il est indéniable d'autre part que des deux éléments indigènes arabe et juif, l'élément juif est celui qui s'est le plus rapidement, le plus complètement assimilé à la civilisation européenne. Aussi bien, il aurait été intéressant pour nous d'établir des comparaisons entre ces deux races indigènes que 1932 trouve l'une presque entièrement adaptée à la civilisation européenne, l'autre bien qu'évoluée, restée presque ce qu'elle était au moment de la conquête. Nous aurions ainsi pu « faire le point », nous rendre compte des influences sociales de notre contact, de notre civilisation sur ces deux races et en saisir les effets. Il nous est malheureusement impossible de le faire... Nous le regrettons bien vivement.

Nous allons donc étudier les variations démographiques des européens et des indigènes. Nous groupons sous le vocable d'européens tous les « non musulmans », français d'origine, naturalisés, juifs, étrangers (espagnols, italiens, maltais...). Par indigènes nous entendons : Arabes, Kabyles, M'zabites, Marocains, Tunisiens, Tripolitains et Turcs même c'est-à-dire tous les nord-africains de religion mahométane.

humiliations infligées à leurs coréligionnaires, ils pouvaient loger où ils voulaient et porter des vêtements européens ; on sait le rôle considérable que quelques-uns d'entre eux, les Bakri et les Busnach, jouèrent à Alger dans le dernier siècle de la domination turque. Après la conquête française, on laissa aux juifs comme aux autres indigènes leur statut personnel et ils continuèrent à vivre, sous le régime des tribunaux rabbiniques, jusqu'en 1870.

1. — POPULATION ALGERIENNE

La population algérienne s'accroît avec une grande rapidité. Evaluée à environ 2.495.761 en 1856, elle atteint en 1926, le chiffre de 6.066.838. Elle a donc doublé en 70 ans. Les dénombremens suivans marquent comme il convient les degrés de cette rapide ascension.

1856	2.495.761	1906	5.158.051
1866	2.921.246	1911	5.563.828
1876	2.867.626	1921	5.806.090
1886	3.817.465	1926	6.066.838
1896	4.430.372		

Ces chiffres s'entendent pour les populations européenne et indigène réunies. Chacune de ces populations s'accroît d'ailleurs rapidement d'une façon qui pour être constante, procède de modalités différentes.

a) POPULATION EUROPÉENNE.

Nous possédons sur cette population des données assez précises, qui nous permettent d'étudier d'une façon utile son accroissement depuis la conquête à nos jours. Les dénombremens successifs nous donnent :

1856	159.282	1906	680.263
1866	192.746	1911	752.043
1876	344.749	1921	829.828
1886	465.375	1926	870.360
1896	538.907		•

Il faut ainsi que le fait remarquer justement Augustin Bernard (1) distinguer dans l'histoire de cet-

(1) Augustin BERNARD. — *L'Algérie* (page 331).

te progression des périodes bien différentes. Au début de la conquête, de 1830 à 1856, les décès l'ont toujours emporté sur les naissances. Les difficultés d'existence, les privations, le manque d'hygiène, l'insalubrité du pays, le paludisme, les épidémies faisaient d'effroyables ravages chez les nouveaux arrivés : fonctionnaires, soldats, colons, en majorité célibataires.

A cette mortalité excessive, s'ajoutait donc un défaut de natalité et nous comprenons la célèbre boutade de Duvivier, affirmant que les cimetières étaient les seules colonies toujours croissantes de l'Algérie. A partir de 1856, les décès sont demeurés toujours inférieurs aux naissances ; la population régulièrement gagne à chaque recensement environ 50.000 âmes. En 1856, elle n'entraînait que pour 6,3% environ dans le total de la population algérienne, en 1926 elle atteint le taux de 14,3 %. Cette augmentation du pourcentage de la population européenne dans la population totale est due en plus des excédents successifs des naissances sur les décès, à une immigration continue fort sensible, comme en témoignent les différences constatées à chaque recensement entre le chiffre de la population nouvellement recensée et celui de cinq années plus tôt, augmenté des excédents des naissances sur les décès de ces cinq dernières années.

b) POPULATION INDIGÈNE.

Les données sont ici moins précises, surtout pour tous les recensements ayant précédé 1886. Nous avons cependant recueilli les chiffres suivants, de plus en plus précis à partir de cette date.

1856	2.328.091	1896	3.781.622
1861	2.741.541	1906	4.477.788
1866	2.652.072	1911 —.....	4.740.526
1872	2.125.052	1921	4.976.262
1876	2.462.936	1926	5.196.010
1886	3.286.821		

La population indigène à notre arrivée en Algérie ne dépassait pas selon toute vraisemblance un million et demi, à deux millions (1). En progression croissante depuis notre arrivée, elle paraît avoir diminué de 1861 à 1872, période « ou elle a été éprouvée par le choléra de 1867 qui fit 87.000 victimes, par la famine de 1868 qui fit périr 300.000, peut-être 500.000 indigènes et par l'insurrection de 1871 (1) ». Nous constatons depuis une augmentation de plus de 200.000 âmes à chaque recensement, et ceci est tout à notre honneur, car, « lorsque les autochtones disparaissent devant le peuple colonisateur, ce n'est pas en général sous une prétendue fatalité historique qu'ils succombent, excuse commode pour justifier les plus scandaleux abus de force » (1). L'explication la plus simple, la plus juste, c'est que les indigènes parfaitement adaptés au pays, à ses conditions de vie ont pu procréer et fonder sans trop de difficultés de belles familles dans un pays de mieux en mieux organisé et considérablement assaini.

(1) Augustin Bernard.

2. — NATALITE

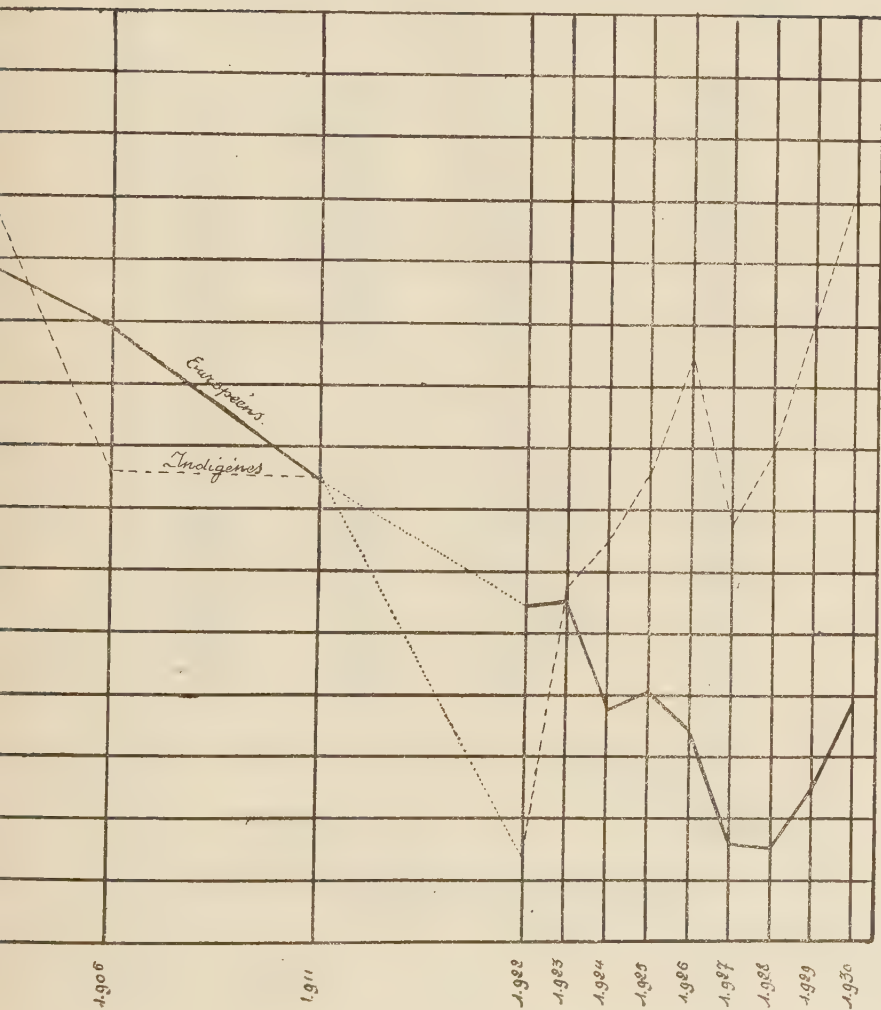
L'Algérie est un des rares pays où la natalité n'ait pas été en décroissance durant ces dernières années, bien au contraire l'examen des graphiques que nous avons établis montre d'une façon très nette, le relèvement réel d'un nombre de naissances qui n'était jamais tombé d'ailleurs chez les européens au-dessous de 216 (naissances pour 10.000 habitants) et chez les indigènes au-dessous de 213.

Alors que d'une façon générale jusqu'en 1922 le nombre des naissances indigènes pour 10.000 habitants restait comparativement au-dessous du nombre des naissances européennes, nous constatons dès 1923 un phénomène tout à fait inverse. Les naissances indigènes atteignent en 1930, le taux respectable de 323 0/00, alors que les naissances européennes en progression depuis 1928 n'atteignent que 238 0/00. Nous faisons remarquer dans le chapitre précédent que la natalité, après avoir fait une courte ascension de 1918 à 1922, marquait en France aussi bien que dans tous les pays étrangers, dès 1922, une tendance générale à la baisse, et nous enregistrons en 1930 des taux inférieurs à ceux de 1924. Nous nous plaçons à souligner qu'il en est autrement pour l'Algérie. Les naissances européennes ont certes été presque constamment en décroissance de 1903 à 1928, mais dès cette année nous assistons à une reprise très nette. Quant aux naissances indigènes, constatons que depuis 1922, elles ont toujours (sauf pour l'année 1927) accusé un chiffre sans cesse croissant. S'il nous fallait classer l'Algérie au point de vue du nombre des naissances parmi les différents pays européens, elle occuperait actuellement (1930) la seconde place pour les naissances in-

NATALITÉ EN ALGÉRIE

ANNÉES	Population	Naissanc. d'enfants déclarés vivants	Proportion de naissances pour 10.000 habitants
EUROPEENS			
1889	465.375	18.071	388,3
1903	641.245	19.802	308,8
1906	680.263	20.368	299,4
1911	752.043	20.613	274,0
1922	837.605	21.289	254,1
1923	846.276	21.546	254,5
1924	853.692	20.245	237,1
1925	861.279	20.733	240,7
1926	878.237	20.561	234,1
1927	883.924	19.177	216,9
1928	889.472	19.225	216,4
1929	896.560	20.114	224,3
1930	905.225	21.622	238,8
INDIGENES			
1889	3.286.821	75.904	230,9
903	4.098.594	131.803	321,5
1906	4.477.788	123.339	275,4
1911	4.740.526	130.206	274,6
1922	4.977.862	106.488	213,9
1923	5.006.872	128.558	256,7
1924	5.047.140	133.496	264,4
1925	5.100.914	140.249	274,9
1926	5.259.808	154.958	294,6
1927	5.292.522	141.527	267,2
1928	5.342.575	149.107	279,0
1929	5.409.404	162.596	300,5
1930	5.501.705	177.728	323,0

NATALITÉ EN ALGÉRIE



Mortalité comparée des Européens et des Indigènes en Algérie

ANNÉES	POPULATION (c)	DÉCÈS (d)	MORTALITÉ p. 10.000 habitants
EUROPÉENS			
1889.....	465.375	16.188	347,8
1911.....	752.043	13.366	177,7
1922 (1)	837.605	13.512	161,3
1923.....	846.276	12.875	152,1
1924.....	853.692	12.829	150,2
1925.....	861.279	13.146	152,6
1926 (2)	878.237	12.684	144,4
1927.....	883.924	13.490	152,6
1928.....	889.472	13.707	154,0
1929.....	896.560	13.026	145,2
1930.....	905.225	12.957	143,1
INDIGÈNES			
1889.....	3.286.821	83.149	252,9
1911.....	4.740.526	93.246	196,6
1922 (1)	4.977.862	104.888	210,7
1923.....	5.006.872	99.548	198,8
1924.....	5.047.140	93.228	184,7
1925.....	5.100.914	86.475	169,5
1926 (2)	5.259.808	91.160	173,3
1927.....	5.292.522	108.813	205,5
1928.....	5.342.575	99.054	185,4
1929.....	5.409.404	95.767	177,0
1930.....	5.501.705	85.427	155,2
1. — Bulletin officiel du Gouvernement Général année 1922 n° 2.568. Recensement du 6 mars 1921 : Européens 829.828 Indigènes 4.976.262 2. — Annuaire statistique de l'Algérie, Année 1928 : Recensement du 6 mars 1926 : (rectifié) Européens 870.360 Indigènes 5.196.010			

OBSERVATIONS

- a) — Par Européens nous entendons : habitants d'origine européenne ou plus précisément : habitants non musulmans qu'ils soient Français ou Etrangers. Les Juifs bien qu'Indigènes sont comptés avec les Européens sauf pour l'année 1889.
- b) — Par Indigènes nous entendons : Arabes, Kabyles, M'zabites, Marocains, Tunisiens, Tripolitains et Turcs même, c'est-à-dire tous les habitants professant la religion musulmane.

REMARQUES GENERALES :

Les naissances et les décès de la population juive sont comptés dans les naissances et les décès de la population européenne sauf pour l'année 1889. Même remarque pour le chiffre de la population.

- c) — A partir de 1922, pour plus de sévérité dans nos statistiques, nous avons ajouté au chiffre de la population du recensement correspondant l'excédent des naissances sur les décès de la même année. C'est ainsi par exemple qu'à la population indiquée par le recensement de mars 1926, nous avons ajouté l'excédent des naissances sur les décès de la même année. Ce chiffre augmenté de l'excédent des naissances sur les décès de 1927 donne la population de 1927. Mêmes opérations pour 1928 et les années suivantes.
 - d) — Dans les décès les mort-nés ne sont pas comptés.
-

digènes derrière la Roumanie 350, la quatrième place pour les naissances européennes immédiatement derrière la Hongrie 247, avant les Pays-Bas 230, le Danemark 187, la Belgique 186, France 181, etc...

A quoi devons-nous ce taux si important des naissances musulmanes ? Pour nous ce chiffre est le résultat de plusieurs facteurs. il faut en trouver la cause, tout d'abord dans des déclarations de plus en plus exactes à l'état civil, dans l'amour de l'indigène pour sa famille (1) et son ignorance presque totale des doctrines individualistes, enfin dans l'amélioration, la « bonification » en quelque sorte de sa situation matérielle et par suite de son état social.

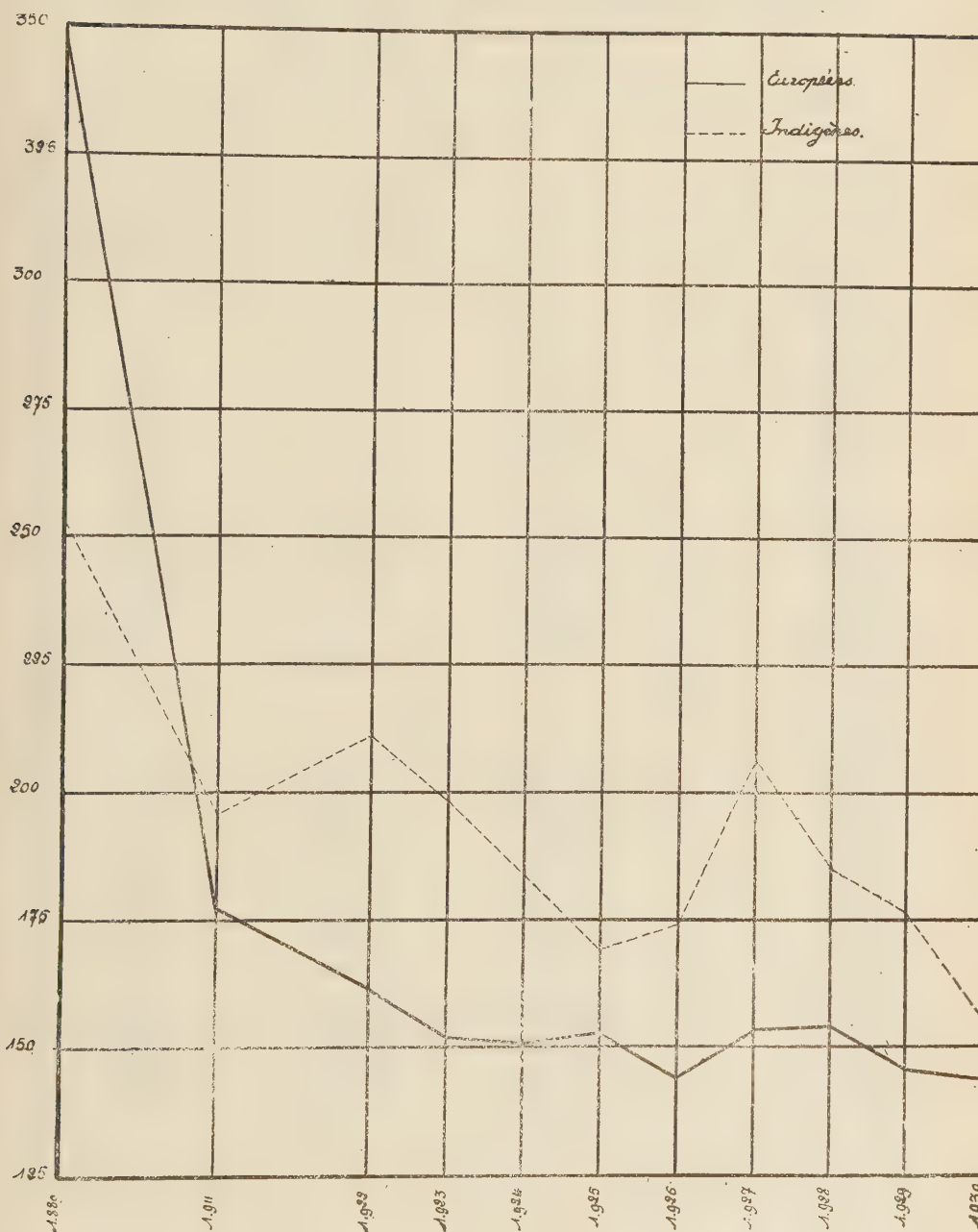
3. — MORTALITE GENERALE

La mortalité générale des indigènes était au début de notre occupation et jusqu'en 1889, inférieure à la mortalité générale des européens. Ceux-ci, presque uniquement composés de célibataires, supportaient, mal un climat pour lequel ils étaient mal préparés. Ils avaient beaucoup moins d'endurance

((1) Nombreuses sont les femmes indigènes stériles, qui viennent à l'hôpital demander aux médecins, le secours de leur science pour avoir des enfants. Bien souvent leur conduite leur est dicté, non pas surtout par leur amour d'une progéniture future, mais bien plutôt parce que le fait d'être stériles, constitue pour elles une tare sérieuse, que leur reprocheront toujours leur mari, attaché lui à assurer sa descendance et qui, en pareil cas, est autorisé à demander la répudiation.

MORTALITÉ GÉNÉRALE (mort-nés non compris).

Proportion des décès pour 10.000 habitants de tous âges

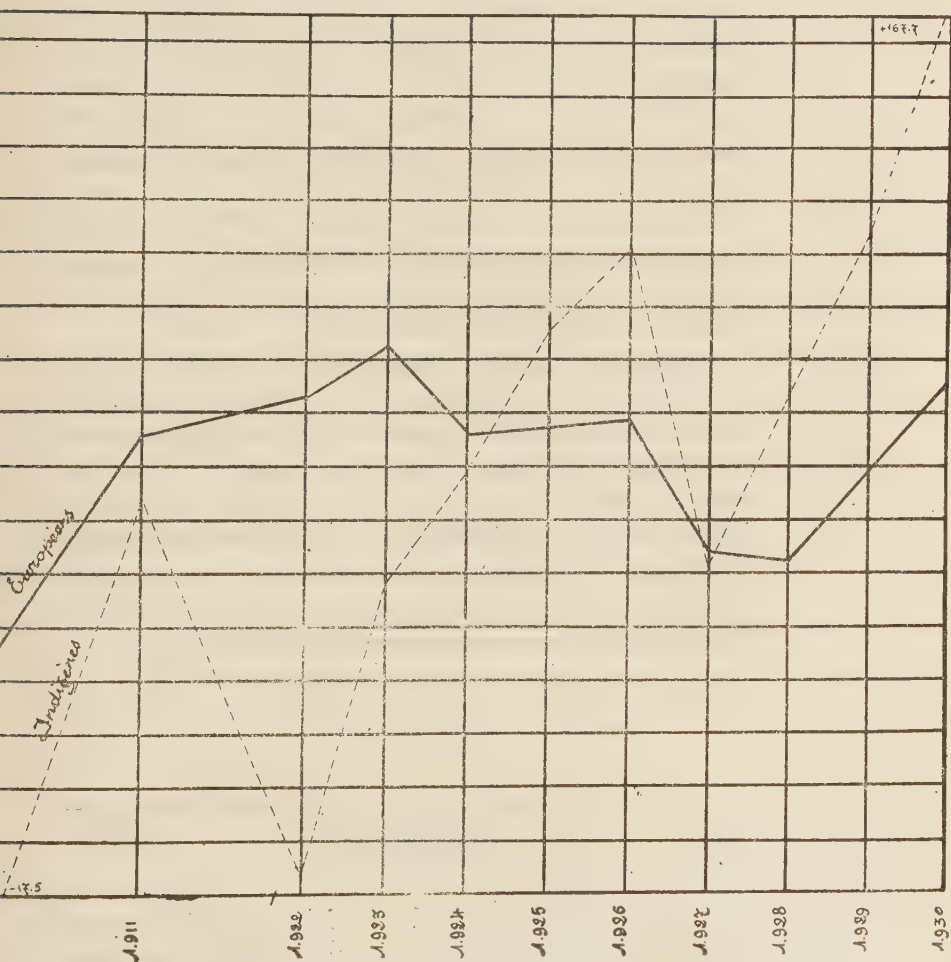


EXCÉDENTS DES NAISSANCES SUR LES DÉCÈS

EUROPÉENS			
ANNÉES	Population	Excédent annuel des naissances sur les décès	Excédent annuel moyen des naissances p. 10000 habit.
1889	465.375	1.883	40,4
1911	752.043	6.448	85,7
1922	837.605	7.777	92,8
1923	846.276	8.671	102,4
1924	853.692	7.416	86,8
1925	861.279	7.587	88,0
1926	878.237	7.877	89,6
1927	883.924	5.687	64,3
1928	889.472	5.548	62,3
1929	896.560	7.088	79,0
1930	905.225	8.665	95,7
INDIGÈNES			
1889	3.286.821	— 5.756	— 17,5
1911	4.740.526	35.426	74,7
1922	4.977.862	1.600	3,2
1923	5.006.872	29.010	57,9
1924	5.047.140	40.268	79,7
1925	5.100.914	53.774	105,4
1926	5.259.808	63.798	121,2
1927	5.292.522	32.714	61,8
1928	5.342.575	50.053	93,6
1929	5.409.404	66.829	123,5
1930	5.501.705	92.301	167,7

EXCÉDENTS ANNUELS DES NAISSANCES SUR DÉCÈS

excédent annuel moyen des naissances po ur 10.000 habitants de tous âges).



aux fatigues physiques, aux privations de toutes sortes que les indigènes habitués à vivre de peu. Par la suite, leur situation matérielle s'améliorant, le pays étant assaini, s'étant eux-mêmes mieux adaptés, acclimatés aux conditions physiques spéciales de ce pays, leur mortalité s'est révélée constamment inférieure à celle des indigènes. Cette mortalité des européens d'Algérie après avoir oscillé entre le chiffre de 150 décès pour 10.000 habitants de 1923 à 1928, marque actuellement une légère tendance à la baisse : 143 0/00 en 1930. Elle tend à être rejointe par le chiffre annuel des décès indigènes : 155 0/00 en 1930. Les décès indigènes sont d'ailleurs en nette diminution durant ces trois dernières années : 1927 : 205, 1928 : 185, 1929 : 177, 1930 : 155.

Classée parmi les puissances européennes pour le chiffre de ses décès, l'Algérie occuperait actuellement pour les décès européens : la 8^{ème} place devant la Hongrie 153, pour les décès indigènes : la 10^{ème} place, derrière cette même Hongrie et immédiatement devant la France 156. Notons que ces chiffres de mortalité bien qu'en décroissance, sont encore beaucoup trop élevés. Nous devons nous efforcer à les ramener encore à des taux bien plus bas.

4. EXCEDENTS DES NAISSANCES SUR LES DECES

La forte proportion des naissances algériennes par rapport à un nombre encore élevé, mais tout de même moyen comparativement aux autres puissances, devait forcément nous donner un excédent

relatif des naissances sur les décès appréciable tant chez les européens que chez les indigènes. Et de fait, nous constatons chez ces deux groupes ethniques des taux très satisfaisants. Qu'il nous suffise de dire, qu'après avoir eu des sorts divers, l'excédent des naissances indigènes a nettement dépassé le nombre correspondant des excédents des naissances européennes, et atteint actuellement, (1930) le chiffre absolument merveilleux de 167 naissances pour 10.000 habitants. Il dépasse aussi de beaucoup la nation d'Europe la plus favorisée, les Pays-Bas qui s'inscrivent dans la période correspondante avec le chiffre déjà respectable de 134.

L'Algérie a donc un excédent relatif de naissances 7 fois 1/2 supérieur pour les indigènes et 4 fois supérieur pour les européens à l'excédent de la France (24 0/00). N'est-ce pas là, la constatation agréable la preuve la plus brillante, la plus décisive pour notre orgueil Français, de l'esprit hautement colonial de la France et de son influence heureuse, désespérément bienfaisante sur ces contrées !

5. — MORTALITE INFANTILE DE 0 A 1 AN.

EN ALGERIE.

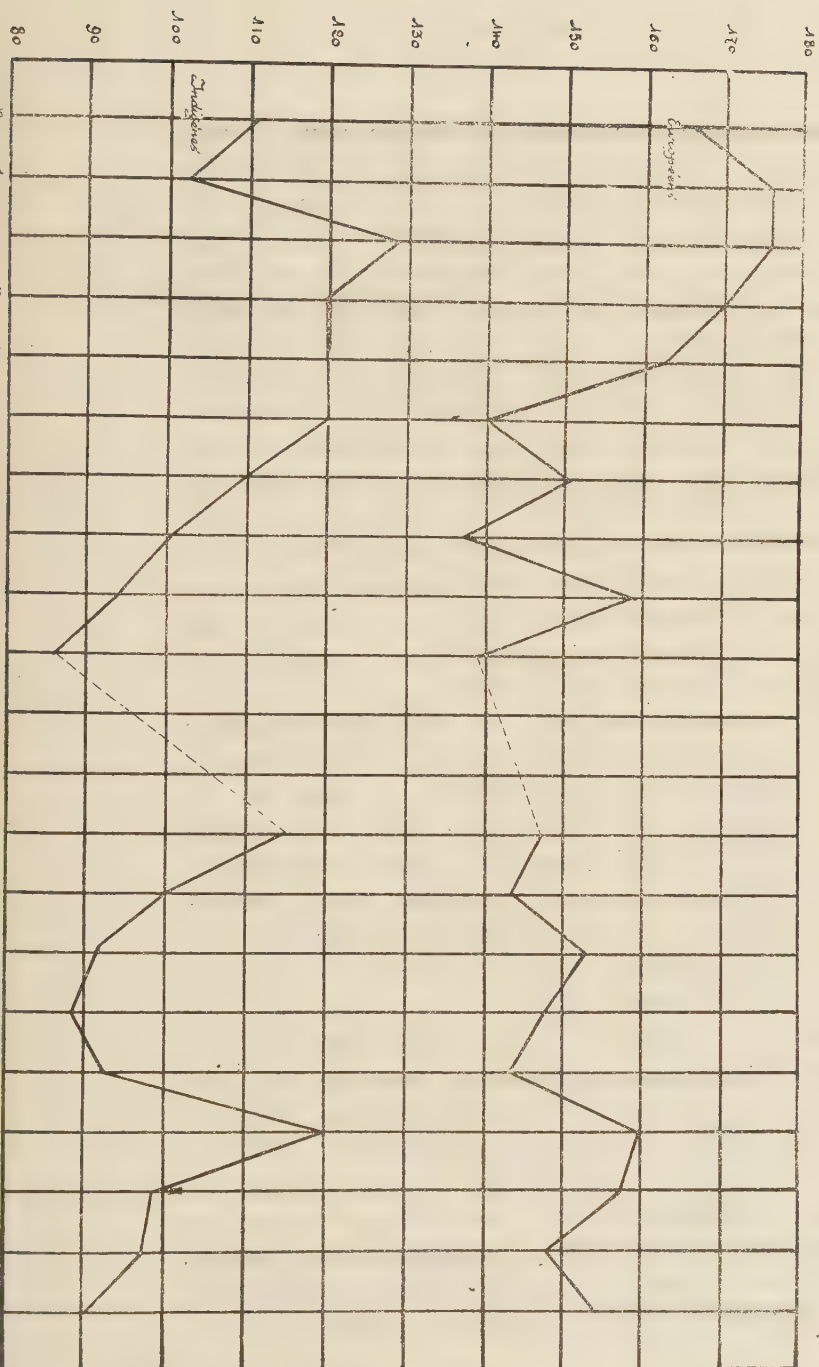
a) *Par rapport aux naissances.* La mortalité des enfants européens de 0 à 1 an par rapport aux naissances de l'Algérie toute entière et très élevée. Alors qu'elle s'élevait à 166 (décès pour 1.000 naissances) en 1903, elle est fixée en 1930 aux taux toujours beaucoup trop important de 154. A vrai dire, de 1903

MORTALITÉ INFANTILE EN ALGÉRIE

Années	Naissances		Décès de 0 à 1 an (y compris les mort-nés)		Décès totaux (y compris les mort-nés)		Proportion des décès de 0 à 1 an pour :			
	Européens	Indigènes	Européens	Indigènes	Européens	Indigènes	1.000 naissances		1.000 décès	
							Européens	Indigènes	Européens	Indigènes
1903	19.802	131.803	3.302	14.648	12.806	77.716	166,70	111,10	257,8	188,4
1904	19.533	148.351	3.439	18.870	15.881	114.678	176,60	102,00	216,5	164,5
1905	18.242	119.539	3.221	15.443	14.230	98.598	176,52	129,00	226,3	156,6
1906	20.368	123.339	3.471	14.646	14.183	95.359	170,00	119,80	244,7	153,5
1907	19.794	123.280	3.279	14.776	14.124	95.850	162,12	120,00	222,1	154,1
1908	21.425	131.288	2.988	15.826	13.548	90.587	139,45	120,00	220,5	174,7
1909	20.169	121.629	3.066	13.438	13.694	97.060	151,00	110,00	223,8	138,4
1910	21.378	127.257	2.968	12.753	13.003	93.816	137,00	100,39	228,2	135,9
1911	20.613	130.206	3.289	12.275	14.165	94.780	159,00	94,02	232,1	129,5
1912	21.724	138.775	3.039	12.002	12.957	82.147	139,88	86,00	234,5	146,1
1922	21.289	106.488	3.130	12.332	14.258	106.209	147,02	115,80	219,5	176,1
1923	21.546	128.558	3.092	12.887	13.737	100.910	143,50	100,24	225,0	127,7
1924	20.245	133.496	3.095	12.306	13.614	94.506	152,87	92,18	227,3	130,2
1925	20.733	140.249	3.062	12.499	13.920	87.842	147,68	89,12	219,9	142,2
1926	20.561	154.958	2.953	14.314	13.425	92.563	143,62	92,18	219,9	154,6
1927	19.177	141.527	3.063	17.082	14.123	110.210	159,72	120,69	216,8	154,9
1928	19.255	149.107	3.031	14.836	14.358	100.619	157,40	98,82	211,1	147,4
1929	20.114	162.596	2.978	15.888	13.678	96.386	148,05	97,58	217,7	164,8
1930	21.622	177.728	3.331	16.126	13.663	86.992	154,05	90,72	243,7	185,3

MORTALITÉ INFANTILE EN ALGÉRIE PAR RAPPORT AUX NAISSANCES

(Nombres proportionnels de décès de 0 à 1 an pour 1.000 naissances vivantes).

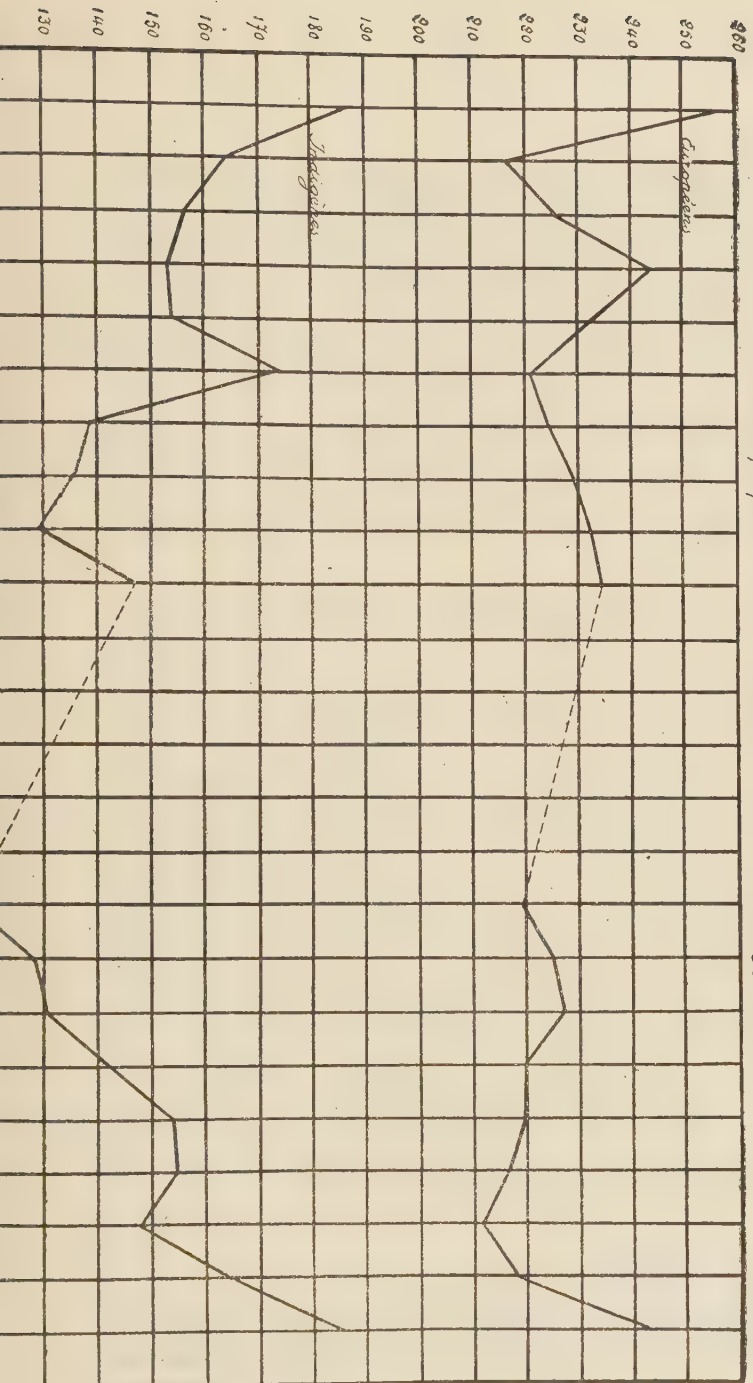


à nos jours, cette mortalité a très peu varié. Certes, les années 1908, 1910, 1912, années où les taux les plus bas aient été enregistrés, (respectivement 139, 137, 139) laissaient espérer pour les années suivantes, un nombre plus restreint des décès infantiles. Mais chaque fois l'année qui suivait, vint tromper les espoirs. Dans la période contemporaine, ces décès semblent se fixer autour de 150 et ne marquent aucune tendance à la baisse contrairement à ce que nous observions pour les différents états d'Europe. Les décès infantiles indigènes, ont toujours été, constatation très importante comme nous le verrons par la suite, très nettement inférieurs aux décès européens de l'âge correspondant. Durant les années qui ont précédé la Guerre, ils étaient en régression continue très sensible (voir courbe). En 1922, nous observons un chiffre (115) bien supérieur à celui de 1912 (86). En 1926, puis surtout en 1927, ascension rapide, suivie d'une descente presque aussi brusque et diminution continue des décès, 1928, 98 ; 1929, 97 ; 1930, 90. Ceci montre bien que la mortalité infantile exagérée des années 1927 et 1928 constitue une exception. Il est à remarquer qu'en 1927, on a enregistré parallèlement la plus forte mortalité de ces dernières années chez jeunes européens d'Algérie.

Certes, le chiffre de la mortalité infantile indigène est au-dessous de sa valeur réelle, si l'on tient compte que le nombre des déclarations de leurs mort-nés à l'état civil pêche sûrement par défaut. Malgré cela, cette erreur étant corrigée, il n'en demeure pas moins vrai qu'il meurt dans la première année bien moins d'enfants indigènes que d'enfants européens puisque d'après les statistiques officielles on comptait en 1930, la mort de 5 petits européens

MORTALITÉ INFANTILE EN ALGÉRIE PAR RAPPORT AUX DÉCÈS GÉNÉRAUX.

(Sommes proportionnelles au décès de 0 à 1 an pour 1.000 décès généraux)



environ pour trois petits indigènes. Notons enfin que s'il fallait actuellement (1930) comparer sous le rapport des décès infantiles l'Algérie aux différentes nations d'Europe, elle se classerait la dernière pour les décès infantiles européens, avec la Hongrie, nation la moins favorisée et en 1930, accusait 154 décès pour 1.000 naissances. Pour les décès infantiles indigènes, l'Algérie se classerait au 12^e rang bien loin derrière la France : 79, précédée par le Danemark : 82, l'Allemagne : 84, immédiatement suivie par la Belgique : 93, l'Autriche : 106, l'Espagne 129 (en 1929) etc...

b) *Par rapport aux décès généraux.* Cette comparaison a son importance, car elle nous permet de connaître pour quelle proportion ces décès entrent dans les décès généraux. La lecture des tableaux et des courbes, qu'ils nous ont aidés à tracer, montrera d'une façon saisissante quelle part importante ces décès occupent dans la mortalité générale. Le quart environ des décès européens est pris en 1930 par les décès de 0 à 1 an, alors que chez les indigènes, ces mêmes décès n'entrent que pour moins de 1/6^e dans leur mortalité totale. Ces décès infantiles après avoir, tant chez les européens, que chez les indigènes, marqué une tendance à occuper dans la mortalité générale de leur race respective une part moins importante, marquent ces dernières années surtout une recrudescence telle, qu'en 1930, ils ont atteint, ou peut s'en faut, le taux de 1903, qui fut leur taux le plus élevé.

— A ALGER.

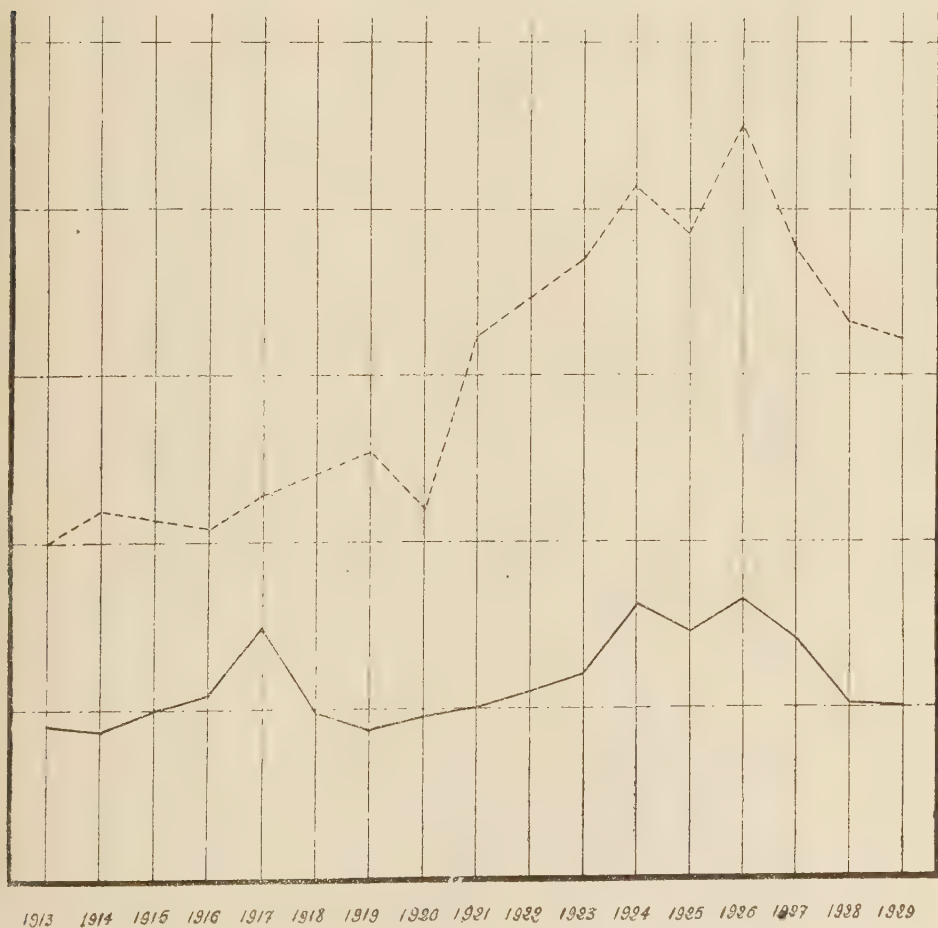
Nous en trouvons une étude très poussée dans le compte rendu du Bureau Municipal d'Hygiène

MORTALITÉ INFANTILE (DE 0 A 1 AN) A ALGER

Pour 10.000 naissances.

— Européens

----- Indigènes



d'Alger pour 1922 à 1923 inclus, établi sous la Direction du Docteur LEMAIRE.

Années	Décès de 0 à 1 an pour 100 naissances	
	Européens	Indigènes
1913	95	195
1914	87	205
1915	101	202
1916	103	199
1917	150	225
1918	98	147
1919	89	252
1920	97	214
1921	101	316
Moyennes	102	217

Nous faisons immédiatement une remarque qui ne manque pas d'intérêt : alors que pour l'Algérie entière, nous avons établi qu'il mourait environ 5 enfants européens de 0 à 1 an, pour 3 enfants indigènes du même âge, nous constatons qu'à Alger, à la ville, les proportions sont exactement inversées. La mortalité infantile indigène y est le double de la mortalité infantile européenne. Nous nous attacherons ultérieurement à en établir les raisons.

6. MORTALITE EUROPEENNE ET INDIGENE EN ALGERIE PAR GROUPE D'AGES.

a) par rapport aux naissances.

Mort-nés. — Nous avons étudié dans un paragra-

MORTALITÉ

PAR GROUPES D'ÂGE EN ALGÉRIE

NOMBRES ABSOLUS

ANNÉES	Mort-nés	de 1 jour à 1 an accompli	de 1 à 2 ans accomplis	de 2 à 4 ans accomplis	de 4 à 14 ans acc.	de 14 ans et au dessus
EUROPÉENS						
1904 ⁽¹⁾	659	2.780	1.581	810	735	9.316
1905 ⁽²⁾	682	2.539	1.518	748	600	8.143
1906	785	2.686	1.260	593	593	8.266
1907	746	2.533	1.337	508	580	8.480
1908	660	2.328	1.274	493	558	8.235
1909	676	2.390	1.368	539	606	8.215
1910	716	2.252	1.085	463	573	7.914
1911	799	2.490	1.509	544	640	8.183
1912	833	3.039	1.233	444	540	7.701
1922	746	2.384	1.436	483	640	8.569
1923	862	2.230	1.040	332	419	8.854
1924	785	2.310	1.149	325	526	8.519
1925	774	2.288	1.267	379	432	8.780
1926	741	2.212	1.155	357	479	8.481
1927	633	2.430	1.281	353	486	8.940
1928	651	2.380	1.085	345	492	9.405
1929	652	2.326	958	307	446	8.989
1930	706	2.625	928	283	441	8.690
INDIGÈNES						
1904 ⁽¹⁾	1.524	17.346				
1905 ⁽²⁾	1.136	14.007				
1906	1.523	13.123				
1907	1.584	13.192	10.464	7.318	9.084	53.488
1908	1.679	14.147	9.504	5.897	8.521	50.930
1909	1.326	12.112	10.665	6.026	8.732	58.205
1910	1.349	11.104	11.210	6.049	8.565	55.239
1911	1.539	10.736	11.517	6.415	9.333	54.245
1912	1.519	10.483	10.779	5.089	7.391	45.887
1922	1.321	11.011	13.415	7.082	9.972	63.408
1923	1.362	11.525	10.678	6.249	10.089	61.007
1924	1.278	11.028	11.652	5.809	9.113	55.626
1925	1.367	11.132	10.173	4.890	8.339	51.841
1926	1.403	12.911	13.779	6.730	9.627	48.203
1927	1.397	15.685	17.611	8.955	12.287	54.275
1928	1.565	13.271	14.419	7.639	10.948	52.777
1929	1.619	14.269	13.099	6.484	9.661	52.254
1930	1.565	14.561	12.088	5.019	7.125	46.634

(1) (2). Dans le total et les décès par âge des années 1904 et 1905, ne figurent pas les décès des Territoires du Sud.

MORTALITÉ
PAR GROUPES D'ÂGE EN ALGÉRIE
PROPORTION POUR 1.000 NAISSANCES

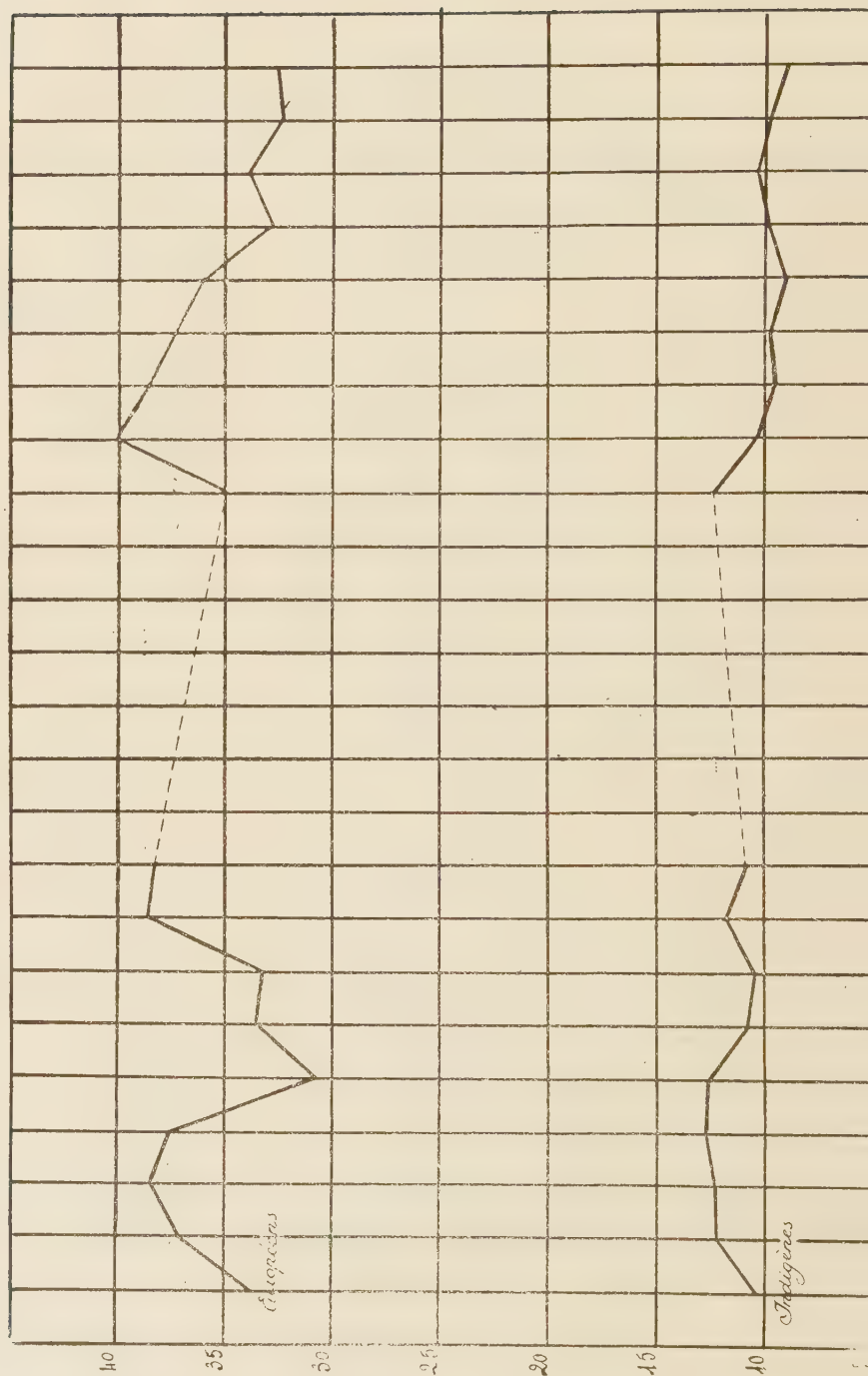
ANNÉES	Mort-Nés	de 1 jour à l accomp.	de 1 à 2 ans accomplis	de 2 à 4 ans accomplis	de 4 à 14 ans acc.	de 14 ans et au dessus
EUROPÉENS						
1904	33,7	142,3	80,9	41,4	37,6	476,9
1905	37,3	139,1	83,2	41	32,8	446,3
1906	38,5	131,8	61,8	29,1	29,1	405,8
1907	37,6	127,9	67,5	25,6	29,3	428,4
1908	30,8	108,6	59,3	23	26	384,3
1909	33,5	118,4	67,8	26,7	30	407,3
1910	33,4	105,3	50,7	21,6	26,3	370,1
1911	38,7	120,7	73,2	26,3	31	396,9
1912	38,3	139,8	56,7	20,4	24,8	354,4
1922	35	111,9	67,4	22,6	30	402,5
1923	40	103,4	48,2	15,4	19,4	410,9
1924	38,7	114,1	56,7	16	25,9	420,7
1925	37,3	110,3	61,1	18,2	20,8	423,4
1926	36	107,5	56,1	17,3	23,2	412,4
1927	33	126,7	66,7	18,4	25,3	466,1
1928	33,8	123,6	56,3	17,9	25,5	488,4
1929	32,4	115,6	47,6	15,2	22,1	446,9
1930	32,6	121,4	42,9	13	20,3	401,9
INDIGÈNES						
1904	10,2	116,9				
1905	12	117,1				
1906	12,3	106,3				
1907	12,8	107	84,8	59,3	79,5	433,8
1908	12,7	107,7	72,3	44,9	64,9	387,9
1909	10,8	99,5	87,6	49,5	71,7	478,3
1910	10,5	89,6	83	47,5	67,3	434
1911	11,8	82,4	88,4	49,2	71,6	416,6
1912	10,9	75,5	77,6	36,6	53,2	330,6
1922	12,4	103,4	125,9	66,5	93,6	595,4
1923	10,5	89,6	83	48,6	78,4	474,5
1924	9,5	82,6	87,2	43,5	68,2	416,6
1925	9,7	79,3	72,5	34,8	59,4	369,6
1926	9	83,3	88,9	43,4	62,1	311
1927	9,8	110,8	124,4	63,2	86,8	383,4
1928	10,4	89	96,7	51,2	73,4	353,9
1929	9,9	87,7	80,5	39,8	59,4	321,3
1930	8,8	82	68	28,2	40,1	262,6

MORTALITÉ INFANTILE (DE 0 A 1 AN) A ALGER

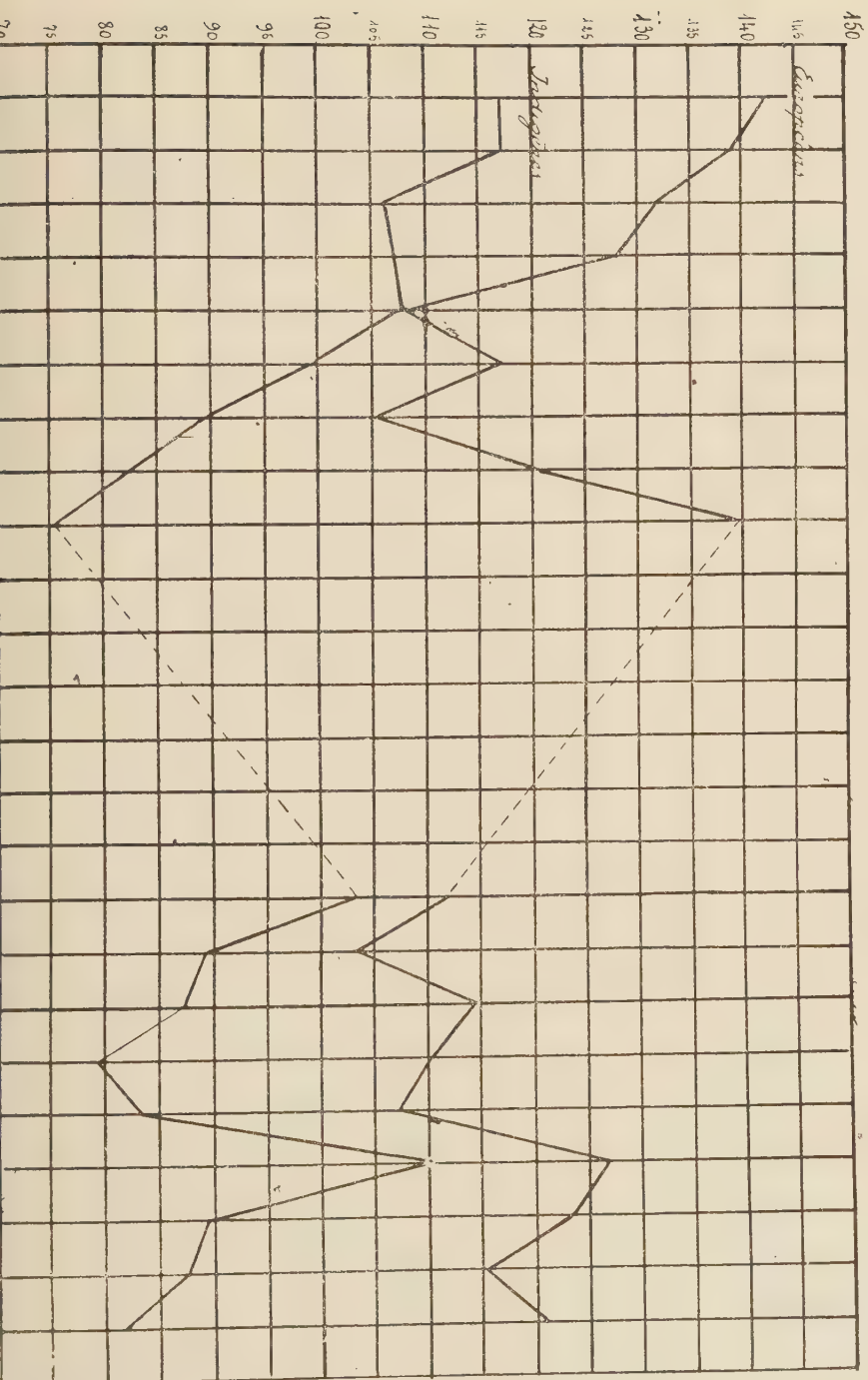
Pour 100 décès généraux



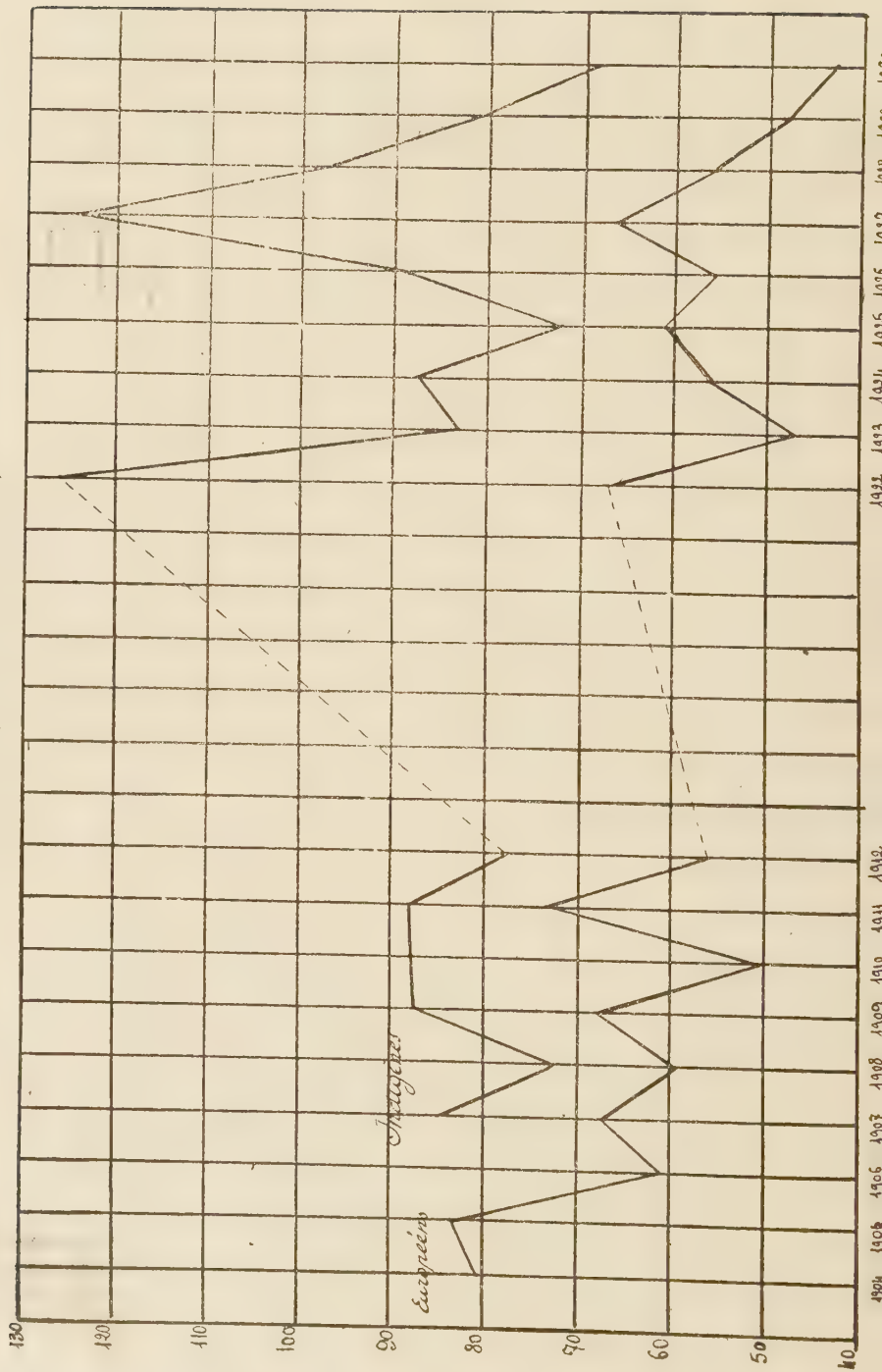
MORTINATALITÉ EN ALGÉRIE (Proportion pour 1.000 naissances)



MORTALITÉ DE 1 JOUR A 1 AN ACCOMPLI (Proportion pour 1.000 naissances).



MORTALITÉ DE 1 A 2 ANS ACCOMPLIS (Proportion pour 1.000 naissances).



phe précédent la mortalité infantile de 0 à 1 an accompli par rapport aux naissances. Pour être parfaite cette étude doit comprendre l'analyse de la mortinatalité et de mortalité de 1 jour à un an accompli par rapport aux naissances.

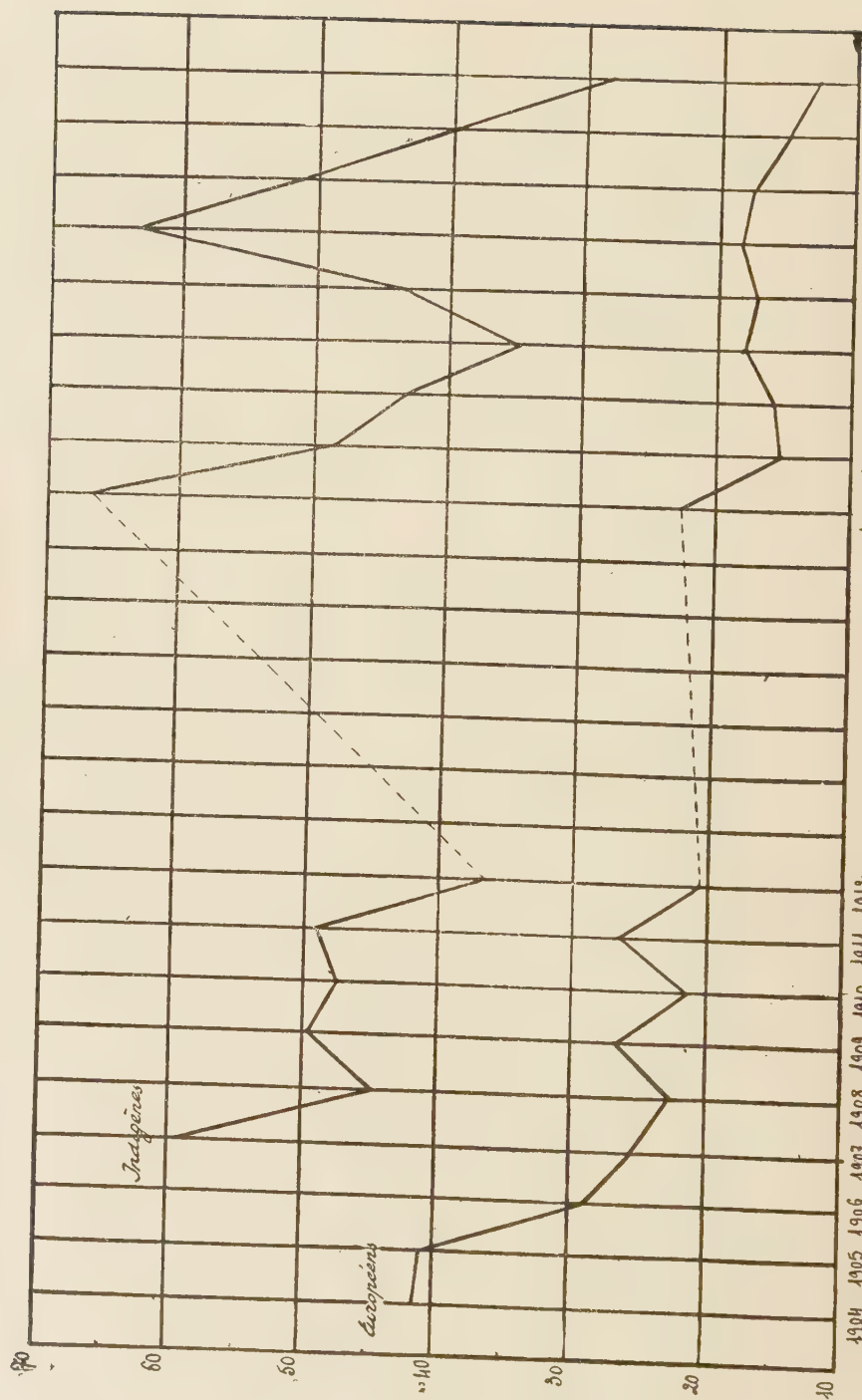
La mortinatalité semble plus élevée chez les européens que chez les indigènes. Alors que chez les premiers on enregistre en moyenne chaque année 33 à 34 mort-nés, chez les indigènes, on note à peine le tiers de ce chiffre. Cette différence est due, à n'en pas douter, au défaut de déclarations des mort-nés indigènes à l'état civil.

Mortalité de 1 jour à 1 an. — Il meurt beaucoup moins d'enfants indigènes de 1 jour à 1 an pour toute l'Algérie que d'enfants européens. De 1904 à 1912, cette mortalité infantile indigène allait sans cesse s'améliorant, alors que la même mortalité européenne, après avoir marqué une nette tendance au déclin atteignait en 1912 des taux aussi élevés qu'en 1904 et 1905. Au lendemain de la guerre, ces deux mortalités étaient presque aussi fortes, mais tandis que la mortalité infantile européenne augmentait sans cesse, les Indigènes enregistraient des taux sans cesse meilleurs (exception faite pour 1927 qui fut une année très meurtrière pour tous les âges pour toute la population algérienne).

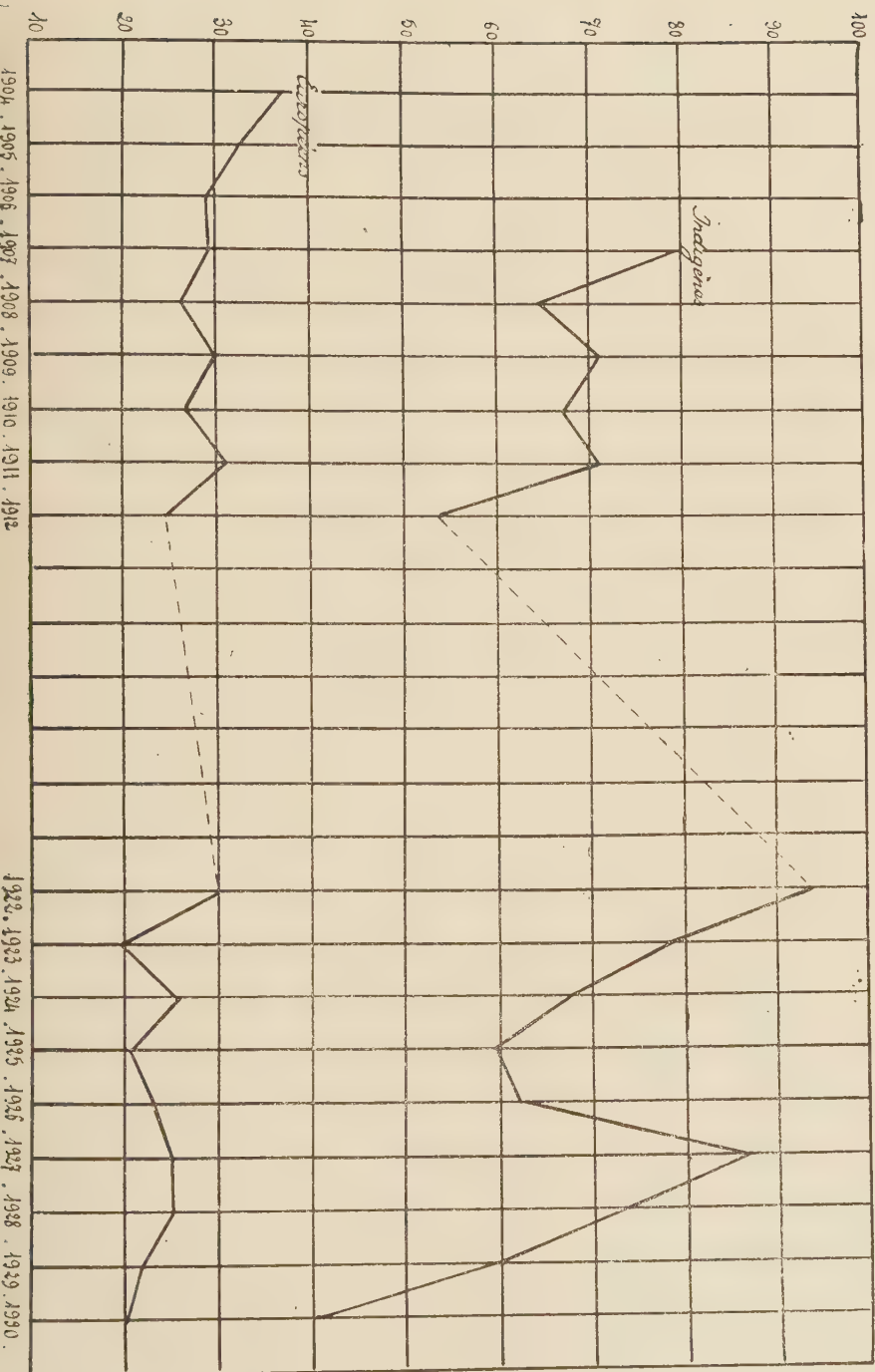
Mortalité de 1 à 2 ans accomplis. — Alors que pour les âges précédents il mourrait relativement moins de petits Indigènes que d'Européens, nous constatons ici un phénomène inverse se produire pour l'âge compris entre 1 an et 2 ans accomplis. Il meurt plus d'un tiers de plus d'enfants indigènes de cet âge que d'enfants européens de l'âge correspondant.

MORTALITÉ DE 2 ANS A 4 ANS ACCOMPLIS

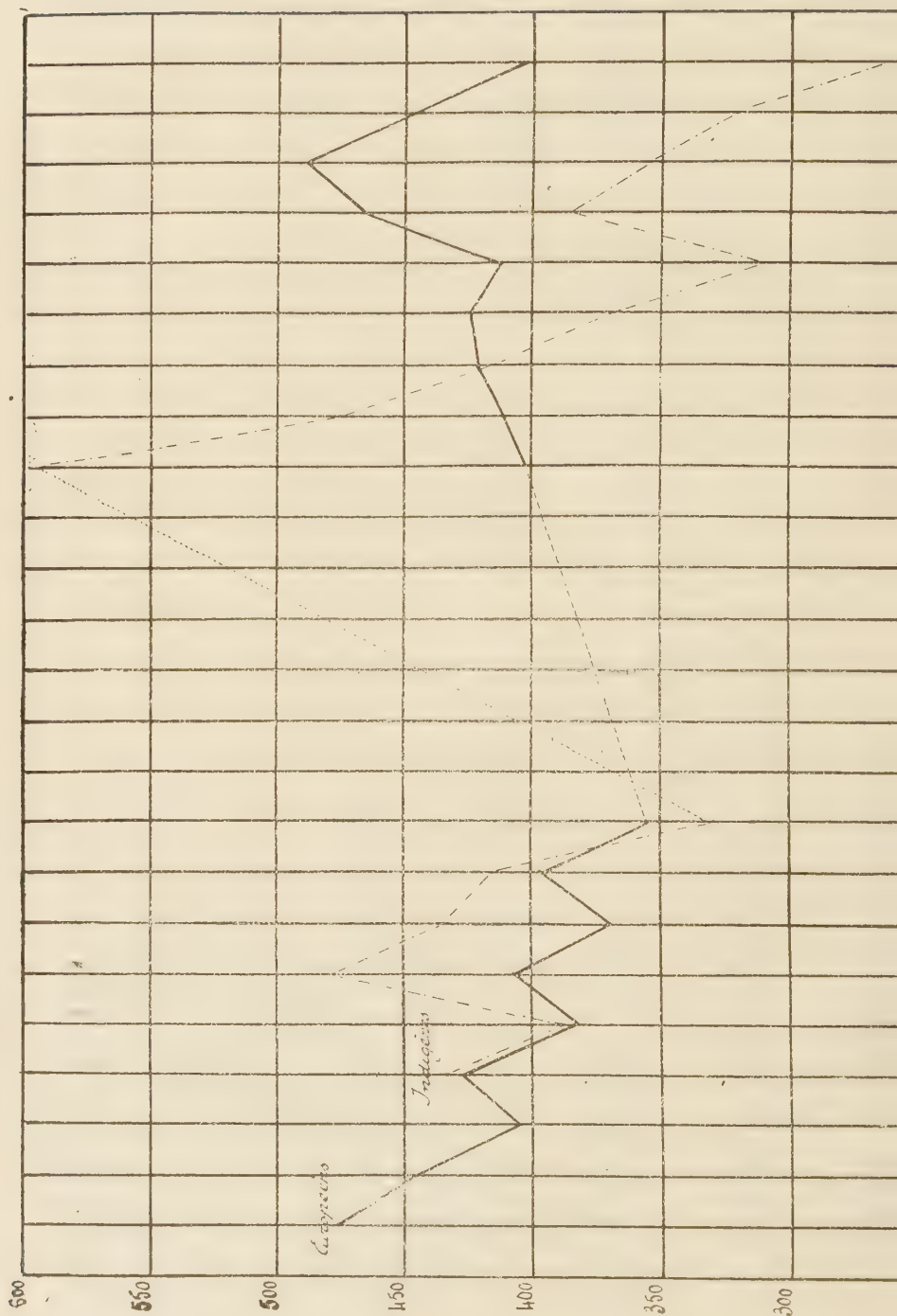
(Proportion pour 1.000 naissances).



MORTALITÉ DE 4 A 14 ANS ACCOMPLIS (Proportion pour 1,000 naissances).



MORTALITÉ DE 14 ANS ET AU-DESSUS (Proportion pour 1.000 naissances).



**Proportion des décès par groupes d'âges par rapport
aux décès généraux (non compris les mort-nés) en Algérie**

(PROPORTION POUR 1000 DÉCÈS GÉNÉRAUX)

ANNÉES	De 1 jour à 1 an accompli	De 1 à 2 ans accomplis	De 2 à 4 ans accomplis	De 4 à 14 ans accomplis	De 14 ans et au-dessus
1° EUROPÉENS.					
1910	183,2	88,3	37,7	46,6	644,0
1922	176,4	106,2	37,5	47,4	634,1
1928	172,9	79,1	25,1	36	686
1929	178,5	73,5	23,5	34	690
1930	201,8	71,6	21,8	34	670
2° INDIGÈNES.					
1910	123,3	121,2	65,4	92,6	597,4
1922	104,8	127,8	67,5	95	604,4
1928	133,9	145,5	77,1	110,5	533
1929	148,9	136,7	67,7	100,8	545
1930	170,4	141,5	58,7	83,4	545,8

Mortalité de 2 à 4 ans et de 4 à 14 ans. — Il meurt environ 3 fois plus d'enfants indigènes de 2 à 4 ans que d'enfants européens du même âge. Plus du double de 4 à 14 ans.

Mortalité de 14 ans et au-dessus. — Par contre il meurt nettement moins d'indigènes de 14 ans et des âges au-dessus que d'Européens (surtout durant ces dernières années). Les indigènes de ces âges seraient-ils plus résistants ?

b) Par rapport aux décès généraux. L'étude de ces rapports nous fait pénétrer en quelque sorte dans l'intimité des décès par groupes d'âges. Elle nous permet de saisir leur répartition dans les décès totaux de chaque race. Elle nous donne en un mot la mortalité de chaque groupe vis-à-vis des groupes différents, en même temps que la proportion pour laquelle elle entre dans la mortalité générale. Nous n'avons pu établir ces rapports que pour les années 1910, 1922, et les trois années, 1928, 1929, et 1930.

Nous avons vu que le nombre des décès infantiles de 0 à 1 an, par rapport aux décès totaux était plus important chez les européens que chez les indigènes. L'âge de 1 an franchi, les proportions s'inversent. Si nous prenons, pour base de comparaison les années 1928, 1929 et 1930, nous voyons que sur 1.000 décès généraux, il meurt :

Près du double d'enfants indigènes de 1 à 2 ans
Le triple d'enfants indigènes de 2 à 4 ans,

Enfin à partir de l'âge compris entre 14 ans et au-dessus, le nombre des décès par rapports aux décès totaux est plus faible chez les indigènes.

En résumé, il résulte de cette étude un peu longue et aride, les faits suivants :

1° La population Algérienne, population jeune, forte, a un pouvoir, d'accroissement considérable. Elle a doublé en 70 ans.

2° L'Algérie est un pays à très forte natalité. Elle est un des rares pays où la natalité loin d'être en déclin durant ces dernières années, ne manifeste au contraire par des taux sans cesse plus élevés.

3° L'Algérie est un pays à forte mortalité générale. Seuls les décès généraux des Indigènes bien que supérieurs à ceux des Européens, semblent devoir diminuer.

4° L'Algérie est un pays où l'on enregistre un excédent très fort des naissances sur les décès. Cet excédent est nettement supérieur à celui de la nation d'Europe la plus favorisée à ce point de vue : Les Pays-Bas.

5° Mortalité infantile de 0 à 1 an très élevée en Algérie, bien supérieure à la moyenne de la plupart des états d'Europe.

— Pour l'Algérie toute entière, la mortalité infantile européenne, par rapport aux naissances est supérieure à la mortalité infantile indigène (5 Européens pour 3 indigènes environ).

— A Alger, à la ville, ces rapports s'inversent nettement. Il y meurt deux fois plus d'enfants indigènes que d'enfants européens.

6° L'étude de la mortalité par groupes d'âges en Algérie :

1° Par rapport aux naissances montre que :

La mortinatalité et la mortalité infantile de 1 jour à 1 an est très nettement supérieure chez les Européens.

— La première année passée et jusqu'à 14 ans,

la mortalité des autres groupes d'âges est constamment supérieure chez les indigènes : supérieure d'un tiers pour l'âge compris entre 1 et 2 ans, elle est le triple pour l'âge compris entre 2 et 4 ans et le double entre 4 et 14 ans, des mortalités européennes correspondantes.

— A partir de 14 ans il meurt bien moins d'indigènes que d'européens.

2° Par rapport aux décès généraux montre que :

— Le nombre des décès par groupes d'âges par rapport aux décès généraux est plus faible chez les Indigènes jusqu'à un an, puis cette mortalité suivant une courbe croissante, dépasse la mortalité européenne et atteint de 4 à 14 ans son maximum (il y a trois fois plus de décès indigènes de 4 à 14 ans que de décès européens du même âge). A partir de 14 ans et au-dessus, le nombre des décès indigènes diminue notablement pour être bien inférieur au nombre des décès européens correspondants.

III. - Statistiques de la Consultation Crespin

Les statistiques officielles ne nous donnent guère que le mouvement des naissances et des décès des populations qu'elles étudient. Mais nous ne trouvons aucune indication précise sur les avortements, les accouchements prématurés. De plus les naissances et les décès sont simplement rangés sous deux rubriques : Européens et Indigènes. Nous avons donc pensé corriger les imperfections de la statistique telle qu'elle est publiée à l'Officiel, par une vaste enquête portant sur un grand nombre de familles, tant européennes qu'indigènes.

Dans ce but, nous avons consulté avec profit croyons-nous, les fiches médicales de la Consultation Crespin, consultation des nourrissons attachés au service de notre éminent maître, Monsieur le Professeur GILLOT. Chaque bébé, venant à la consultation a sa fiche. Celle-ci porte, entre autres indications, la nature de l'affection de l'enfant, la race, l'âge, la profession du père et de la mère, le nombre de grossesses, d'avortements, d'enfants vivants, d'enfant morts pour chaque maman. Chaque fiche représente donc l'état signalétique de toute une famille. Il nous était facile, dès lors, d'entreprendre une vaste étude sur la natalité, la mortalité des bébés amenés à la Consultation Crespin, les avortements de leurs mères, la mortalité qu'elles avaient présentés. Cette étude a pour principal avantage

d'être inédite, d'être apte à donner des renseignements intéressants que l'état civil ne peut nous fournir et qui intéressent au plus haut point le médecin.

Nous avons consulté ainsi 5635 fiches, prises dans les fichiers de la Consultation Crespin, les unes à la suite des autres, parmi les fiches de ces années dernières. Ces 5635 fiches représentent 5.635 familles sur lesquelles va porter notre enquête. Nous avons classé ces familles de la façon suivante : Européens, Arabes, Kabyles, Juifs mariés à des Européennes, ou inversement. Sous la rubrique Européens nous avons fait rentrer les Français d'origine ou naturalisés, les Etrangers : en grande partie Espagnols, Italiens et Maltais, en un mot tous les non musulmans. Il n'aurait pas été sans intérêt d'étudier les variations démographiques propres à chaque race. Mais notre investigation, pour revêtir un certain caractère de vérité aurait dû porter sur un nombre beaucoup plus considérable de familles, car toute statistique ne présente d'intérêt que si elle est établie pour un nombre élevé d'individus, ou de choses. Par ailleurs, nous avons constaté un tel mélange de races dans l'examen de nos fiches, qu'il nous aurait été difficile de présenter quelque travail sérieux pour chacune des catégories ainsi créée. L'Algérie peuplée de différentes races européennes, d'importation récente, a vu se mêler de la façon la plus capricieuse, la plus inattendue parfois, des races les plus diverses. Espagnols, Anglais, Italiens, Maltais, Suisses, Allemands, Français, par le jeu des mariages d'une intrication très souvent compliquée, ont contribué à former la race algérienne, race jeune, nouvelle, avec sa façon de vivre, ses idées, ses aspirations bien particulières. Nous groupons donc

sous le même vocable tous les individus non originaires de ces pays. Nous avons préféré les grouper sous le nom d'Européens pour mieux marquer la différence qui les sépare des Nord-Africains d'origine : les Indigènes.

Chez les indigènes nous avons établi plusieurs catégories.

1° Les Musulmans chez lesquels nous avons admis deux catégories : les Arabes et les Kabyles. Ces derniers, berbérophones, habitants des montagnes d'accès difficile ont gardé entières leurs traditions et n'ont presque pas subi l'influence de notre contact. Ils sont demeurés à peu de choses près ce qu'ils étaient en 1830. Les Arabes, au contraire, habitant les villes, les campagnes, nomades pour une grande part, se sont peu à peu habitués à notre contact. Ils ont adopté bien de nos façons de vivre, de s'habiller, de travailler. Leur assimilation, bien que très lente se fait chaque jour plus importante, plus complète.

2° Les non Musulmans : les Juifs. C'est ici que nous puiserons ces points de comparaison très intéressants avec les Musulmans que nous regrettons de pouvoir trouver dans les statistiques Officielles du Gouvernement Général. Comme nous le faisons remarquer plus haut (page 45), il est indubitable que des deux races indigènes Musulmane et Juive, c'est cette dernière qui s'est mieux, le plus parfaitement adaptée à la civilisation européenne. Il n'était donc pas sans intérêt de juger l'influence de notre contact sur cette race, d'en comparer les résultats avec ceux obtenus chez les Indigènes musulmans, restés eux encore, bien qu'en réelle, mais lente évolution très près de ce qu'ils étaient au début de la conquête. Pour mieux saisir les effets de notre ci-

STATISTIQUES DE LA CONSULTATION CRESPIN

RACES	Familles examinées	Grossesses au total	Avorte- ments	Polimortalité à la naissance Enfants nés			Enfants en vie nés			Enf. morts non compris les mort-nés
				Prématurés	A terme	Total	Prématurés	A terme	Total	
Européens	2512	9270	873	145	139	284	72	6513	6585	1528
Arabes	1596	6495	157	40	59	99	3	4188	4191	2048
Kabyles	586	2463	58	24	29	53	4	1519	1523	829
Juifs	872	3877	389	43	51	94	17	2814	2831	563
Juifs mar. à des eur. ou inv.	69	239	23	6	2	8	1	169	170	38

vilisation sur la race juive, nous avons relevé toutes les familles dont l'un des conjoints était européen et nous avons fait pour elles, les mêmes recherches que pour les Européens, les Arabes, les Kabyles ou les Juifs. Nous aurons ainsi tous les termes de notre comparaison, tous les éléments d'un travail sérieux.

Notre étude portera sur :

2.512 familles européennes,

1.596 familles arabes,

586 familles kabyles,

69 familles dont l'un des conjoints est européen, l'autre juif (1).

Ayant consulté nos fiches les unes à la suite des autres sans ne faire aucun triage, nous remarquons tout d'abord que le mouvement de la Consultation Crespin s'établit de la façon suivante :

Pour une famille dont l'un des conjoints est européens, l'autre juif : (1).

36 familles européennes,

23 familles arabes,

8 familles kabyles,

12 familles juives, conduisent leurs enfants à la Consultation Crespin pour les faire soigner. A remarquer aussi la tendance des Juifs à contracter des mariages avec des Européens puisque chez le douzième des familles israélites fréquentant la Consultation, l'un des conjoints est européen.

(1). Dans les désignations ultérieures de cette catégorie, nous emploierons pour plus de commodité dans notre rédaction l'abréviation Juifs-Européens.

1. - Fécondité des différentes races analysées

Alors que 2512 femmes européennes ont 9.270 grossesses ;

1596 femmes arabes, ont 6.495 grossesses ;

586 femmes kabyles, ont 2.463 grossesses :

872 femmes juives, ont 3.872 grossesses :

69 femmes juives-européennes, ont 239 grossesses.

Pour mieux saisir la portée de ces chiffres, nous avons établi le nombre moyen de grossesses pour 100 femmes de chaque race. Au premier rang se classent les juifs avec 444 grossesses, les Arabes, avec 406 grossesses, les Européens, avec 369 grossesses, les Juifs-Européens, avec 346 grossesses.

Notons tout d'abord que nos états statistiques, malgré tout le scrupule apporté à leur établissement, seront toujours au-dessous de la réalité en ce qui concerne les Arabes et les Kabyles. Pour eux en effet un avortement constitue un événement tout à fait insignifiant, pratiquement négligeable. C'est à peine s'ils daignent se souvenir qu'ils ont eu un ou plusieurs enfants morts en bas âge. De plus, et cela est surtout vrai pour les kabyles, ils arrivent très mal à se faire comprendre, certains s'exprimant uniquement dans leur langue maternelle. De là, la nécessité d'avoir constamment à sa disposition un interprète fidèle et averti, ce qui n'est pas toujours facile.

2. - Avortements

Ces remarques ont surtout leur place ici. Il est un fait indéniable, c'est que les avortements sont très nombreux chez les femmes indigènes ;

STATISTIQUES PERSONNELLES

RACES	POUR 100 FEMMES NOMBRE DE :				
	Grossesses	Avortements	Mort-nés	Enfants en vie	Enfants morts
Européens	369	34,7	11,3	262	60,8
Arabes	406,9	9,8	6,2	262	128
Kabyles	420,3	9,8	9,04	259,8	141
Juifs	444,6	44,6	10,7	324	64,5
Juifs mar. à des eur. ou inv ^r	346,6	33,9	11,5	246	55
POUR 100 GROSSESSES NOMBRE DE :					
Européens	9,41	3,06	71,03	16,48	
Arabes	2,42	1,52	64,52	31,53	
Kabyles	2,35	2,15	61,80	33,65	
Juifs	10,02	2,42	73,02	14,52	
Juifs mar. à des eur. ou inv ^r	9,61	3,38	71,12	15,89	

or, nos statistiques personnelles ne nous donnent pour les Arabes et les Kabyles, qu'un nombre très restreint d'avortements, sûrement bien inférieur à la réalité.

2.512 femmes européennes ont présenté 873 avortements ;

1.596 femmes arabes ont présenté 157 avortements

586 femmes kabyles ont présenté 58 avortements

872 femmes juives, ont présenté 389 avortements

69 femmes juives-européennes ont présenté 23 avortements.

Etablissant le nombre d'avortements pour 100 femmes de chaque race, nous notons ;

Chez 100 femmes européennes 34 avortements ;

Chez 100 femmes arabes, 9 avortements ;

Chez 100 femmes kabyles, 9 avortements ;

Chez 100 femmes juives, 44 avortements ;

Chez 100 femmes Juives-européennes, 33 avortements.

Si nous recherchons combien de grossesses, sur 100 grossesses se sont terminées par un avortement nous notons :

Sur 100 grossesses, Européennes : 9 avortements ;

Sur 100 grossesses, Arabes : 2 avortements ;

Sur 100 grossesses, Kabyles : 2 avortements ;

Sur 100 grossesses, Juives : 10 avortements ;

Sur 100 grossesses, Juives-Européennes : 9 avortements.

Le nombre des avortements est tellement bas chez les Indigènes et chez les Kabyles, par rapport aux races européenne et juive, que nous nous demandons, si les défauts de déclarations corrigés, les Arabes et les Kabyles ne présenteraient pas moins d'avortements que les Européens. Pour nous, nous l'admettons volontiers. Il y aurait là un sujet d'en-

STATISTIQUE DES AVORTEMENTS PAR AGE

RACES	Femmes interrogées	Grossesses au total	Avortem. au total	AVORTEMENTS						
				1 mois	de 1 à 2 m.	de 2 à 3 m.	de 3 à 4 m.	de 4 à 5 m.	de 5 à 6 m.	âge non précisé
Européens	2.512	9.270	873	59	278	322	86	72	26	30
Arabes	1.596	6.495	157	3	29	40	24	16	19	26
Kabyles	586	2.463	58	«	5	8	18	10	16	1
juifs	872	3.877	389	1	38	88	166	62	24	10
juifs mar. à des eur. ou invt.	69	239	23	1	6	11	«	3	«	2

quête intéressante à établir, en s'adressant à un nombre important de femmes indigènes dignes de bonne foi.

Si nous faisons rapidement une analyse des avortements en considérant l'âge de la grossesse, où ils se sont produits, nous pouvons établir pour chaque race, et par ordre d'importance, un classement des différents mois de la grossesse suivant le nombre des avortements qui y ont été constatés. C'est ainsi que nous avons :

Femmes européennes,	3°, 2°, 4°, 5°, 1°, 6°, mois
Femmes arabes,	3°, 2°, 4°, 6°, 5°, 1°, mois
Femmes kabyles,	4°, 6°, 5°, 3°, 2°, 1°, mois
Femmes juives	4°, 3°, 5°, 2°, 6°, 1°, mois
Femmes juives-eur.,	3°, 2°, 5°, 1°, 4°, 6°, mois

Remarquons que pour presque tous les groupes (exception faite des Kabyles), le 3^{ème} mois de la grossesse figure parmi les deux mois les plus meurtriers pour le produit de la conception et que, d'une façon générale les 1° et 6° mois sont les deux mois de la grossesse où l'on constate le moins d'avortements.

3. - Mortinatalité

Nous avons recherché le nombre des mort-nés présentés par chaque groupe de femmes, et établi leur nombre moyen d'une part pour 100 femmes de même catégorie, d'autre part pour 100 grossesses des femmes de chacune de ces catégories. Par ailleurs nous avons établi une distinction entre les mort-nés suivant qu'ils étaient prématurés ou simplement à terme. C'est ainsi que :

2512 Européennes ont eu sur 284 mort-nés, 145 prématurés, 139 à terme ;

1596 Arabes, ont eu sur 99 mort-nés, 40 prématurés, 59 à terme ;

586 Kabyles ont eu sur 53 mort-nés 40 prématurés 29 à terme ;

872 juives ont eu sur 94 mort-nés 43 prématurés, 51 à terme ;

69 juives européennes ont eu sur 8 mort-nés, 6 prématurés, 2 à terme.

Seuls les Européens (1) ont un nombre de mort-nés prématurés supérieur aux mort-nés arrivés au terme normal de la gestation.

Si nous cherchons quel nombre de mort-nés ont présenté 100 femmes de chaque catégorie, nous nous apercevons que :

100 femmes européennes ont eu	11 mort-nés
100 femmes arabes ont eu	6 mort-nés
100 femmes kabyles ont eu	9 mort-nés
100 femmes juives ont eu	10 mort-nés
100 femmes juives-européens ont eu	11 mort-nés

Sur 100 grossesses, nous pouvons connaître par le petit tableau suivant, combien d'entre-elles se sont terminées par l'expulsion d'un mort-né.

Pour 100 grossesses présentées par des européennes, il y a 3,06 mort-nés ;

Pour 100 grossesses présentées par des arabes, il y a eu 1,52 mort-nés ;

(1). Nous ne faisons pas entrer les Juifs-Européens en ligne de compte, le nombre de leurs mort-nés, étant trop peu important.

Pour 100 grossesses présentées par des kabyles, il y a eu 2,15 mort-nés ;

Pour 100 grossesses présentées par des juives, il y a eu 2,42 mort-nés ;

Pour 100 grossesses présentées par des juives-européennes, il y a eu 3,38 mort-nés.

La différence qui séparait les races musulmanes des races européennes et juives semble se combler. La mortinatalité européenne est à peine le double de la mortinatalité arabe, elle est supérieure de 1/3 à la mortinatalité kabyle qui est elle-même inférieure à la mortinatalité juive.

Enfants en vie

Nous avons établi le nombre total d'enfants vivants pour chacune des races, ainsi que le nombre relatif de ces enfants par rapport à 100 femmes de chaque catégorie et aussi à 100 grossesses des femmes de même race.

RACES	Nombre de familles examinées	Enfants en vie nés (nombres absolus)		
		Prématurés	A terme	Total
Européens	2.512	72	6.513	6.585
Arabes	1.596	3	4.188	4.191
Kabyles	586	4	1.519	1.423
Juifs	872	17	2.184	2.831
Juifs-Europ.	69	1	169	170

Nous notons un nombre important de prématurés chez les seules races européenne et juive.

En établissant des chiffres moyens pour 100 grossesses et 100 femmes de même race nous avons :

1° Pour 100 femmes, nombre d'enfants en vie :

Européens	262
Arabes	262
Kabyles	259
Juifs	324
Juifs-Européens	246

Seuls les Juifs ont un nombre relatif d'enfants vivants supérieur aux autres races. Ils le doivent à une fécondité supérieure à ces dernières et aussi à un nombre d'avortements, de mort-nés, et surtout, comme nous le verrons dans le paragraphe suivant, à une mortalité infantile, inférieurs ou tout au plus égaux à ceux de la race la plus avantagée. De plus, 100 femmes européennes, arabes ou kabyles ont à peu de choses près le même nombre d'enfants vivants. Cependant, il a fallu aux femmes arabes et aux femmes kabyles comparativement aux femmes européennes un nombre plus considérable de grossesses pour avoir un tel nombre d'enfants en vie. Le tableau suivant nous le démontre d'ailleurs amplement.

2° Pour 100 grossesses nombre d'enfants en vie :

Européens	71
Arabes	64
Kabyles	61
Juifs	73
Juifs-Européens	71

Ce dernier tableau est d'une grande importance, puisqu'il nous permet de savoir à combien d'enfants vivants donnent, en définitive, naissance 100 grossesses des femmes de chaque race. Il nous permet aussi et surtout de connaître le déchet propre à chaque race et d'en évaluer son importance.

5. - Enfants morts

C'est ici que notre étude devient particulièrement intéressante. Remarquons tout d'abord que les prématurés succombent presque tous, pour les quatre principaux groupes dans la première année. Celle-ci franchie, il semble, que tous ceux d'entre eux qui étaient débilites aient été éliminés pour ne laisser en vie que des êtres désormais très résistants, à mortalité de 1 an à 14 ans pratiquement nulle.

Si nous envisageons maintenant la mortalité des enfants de 0 à 14 ans pour 100 femmes et 100 grossesses, nous notons :

1° Pour 100 femmes nombre d'enfants morts de 0 à 14 ans :

Européens	60,8
Arabes	128
Kabyles	141
Juifs	64,5
Juifs-Européens	55

Le nombre de décès présentés par les Européens et les Juifs est sensiblement le même. Mais remarque très intéressante, il ne représente même pas la moitié des décès des Arabes et encore bien moins des Kabyles.

Ces constatations conservent toute leur valeur pour le nombre d'enfants morts par rapport aux grossesses.

2° Pour 100 grossesses nombre de décès de 0 à 14 ans :

Européens	16,48
Arabes	31,53
Kabyles	33,65
Juifs	14,52
Juifs-Européens	15,89

STATISTIQUE DES DÉCÈS DE 0 A 14 ANS PAR GROUPES D'AGES

RACES	Femmes interrog.	Grossesses au total	Total d'en- fants morts	DÉCÈS DE :										
				Nés	Mort-									
					nés	0 à 15 jours	16 à 30 jours	1 à 6 mois	7 à 12 mois	1 à 2 ans révolus	3 à 4 ans révolus	5 à 9 ans révolus	10 à 14 ans révolus	pas d'âge s. préc.
Européens	2.512	9.270	1.812	Prématurés à terme..	145	22	11	7	8	1	»	»	»	3
				Total	139	89	25	269	979	435	112	54	18	195
				Prématurés à terme..	284	111	6	276	287	436	112	54	18	198
				Total	40	9	1	1	3	»	»	»	»	»
Arabes	1.596	6.495	2.147	Prématurés à terme..	59	97	28	137	148	225	96	59	23	1.221
				Total	99	106	29	138	151	225	96	59	23	1.221
				Prématurés à terme..	21	1	»	»	»	»	»	»	»	»
				Total	29	36	7	53	70	85	30	40	4	530
Kabyles	586	2.465	882	Prématurés à terme..	53	40	7	53	70	85	30	10	4	530
				Total	43	14	3	2	2	»	»	»	»	»
				Prématurés à terme..	51	23	7	75	112	157	43	28	12	85
				Total	94	37	10	77	114	157	43	28	12	»
Juifs	872	3.877	657	Prématurés à terme..	6	1	»	3	»	1	1	»	»	»
				Total	2	1	1	4	6	11	5	1	1	2
				Prématurés à terme..	8	2	1	7	6	12	6	1	1	2
				Total	8	2	1	7	6	12	6	1	1	2
Juifs mariés à des Europé- ennes ou inversement	69	239	46											

A noter que ce sont les Juifs qui présentent le moins de décès infantiles par rapport à 100 grossesses.

Pour mieux nous rendre compte des raisons qui conditionnent chez les Arabes et chez les Kabyles une mortalité de 0 à 14 ans deux fois supérieure à celle des autres catégories, nous avons établi des tableaux de mortalité par âge (1). Malheureusement les chiffres que nous allons citer n'ont pu porter, pour les Arabes et les Kabyles surtout, que sur un nombre relativement restreint de décès. Bien des fiches qui ont servi à leur établissement ne portaient pas tous les renseignements nécessaires à la classification des décès par âge : on avait bien pu obtenir des femmes indigènes venant à la Consultation qu'elles indiquent le nombre de leurs enfants décédés, sans être arrivé pour cela à leur faire préciser l'âge précis de ces décès. Nous nous sommes donc trouvés dans l'obligation de n'utiliser que des renseignements sûrs, écartant systématiquement toute fiche ne portant aucune donnée précise. C'est ainsi que :

198 décès d'enfants européens de 0 à 14 ans,

1221 décès d'enfants arabes de 0 à 14 ans,

530 décès d'enfants kabyles de 0 à 14 ans,

85 décès d'enfants juifs de 0 à 14 ans,

2 décès d'enfants juifs-européens de 0 à 14 ans, n'ont pu être classés dans nos colonnes de décès par mois. Malgré celà nous avons établi la mortalité des enfants des différentes races par rapport au nombre total d'enfants vivants et aussi par rapport aux décès généraux.

(1). Nous prions le lecteur de se rapporter aux tableaux de la page 68.

a) par rapport au nombre total de décès.

Nos statistiques peuvent être utilisées en toute conscience bien que portant sur un nombre restreint de familles. Nous avons soustrait du nombre de décès total, ceux pour lesquels nous n'avions pu avoir aucun renseignement. Constatons simplement que sur 100 décès envisagés chez les Arabes en particulier, à partir de 2 ans, il meurt deux fois plus d'enfants que chez les Juifs ou les Européens.

b) par rapport au nombre total d'enfants vivants.

Les chiffres établis pour les Arabes et les Kabyles tels qu'ils figurent sur le tableau ne peuvent être utilisés pour une comparaison sérieuse avec ceux des races européenne et juive, car beaucoup trop des décès des premiers par rapport aux seconds, n'ont pu être répartis dans nos différentes colonnes, faute de renseignements. Si nous tenons compte de cela, nous nous apercevons qu'à coup sûr les décès de 0 à 14 ans doivent nettement être au moins deux fois plus élevés chez les Kabyles et chez les Arabes, que ceux des autres races. Qu'il nous soit permis d'insister particulièrement sur ce point.

REMARQUES GENERALES :

En compulsant nos fiches nous avons été conduit à faire quelques remarques qui nous paraissent intéressantes. C'est :

— la présence de nombreuses familles arabes et kabyles pour la plupart, où un nombre relativement élevé de grossesses n'avait abouti qu'à la production de 1 à 2 enfants vivants.

— le petit nombre de familles nombreuses (7, 8, 10 et même 11 enfants) chez les Arabes et les Kabyles comparativement aux Européens et surtout aux Juifs, une mortalité infantile excessive ayant décimé de nombreuses familles.

— la grande fantaisie, tant chez les Arabes, les Kabyles, les Juifs ou les Européens qui avait procédé à la répartition dans une même famille des enfants vivants, mort-nés, morts en bas-âge ou des avortements.

— l'analogie presque complète entre les Européens et les Juifs en fait d'avortements, de mort-nés et d'enfants morts.

À la suite de ce long et peut-être fastidieux exposé, nous émettons les conclusions suivantes :

1° Les femmes juives semblent être les plus fécondes, si l'on tient compte du nombre des grossesses présentées par 100 femmes d'entre elles. Vient ensuite dans l'ordre les Kabyles et les Arabes et loin derrière, les Européennes et les Juives-Européennes.

2° Le nombre des avortements des femmes arabes et kabyles semble être inférieur à celui des autres races. Ce nombre est si bas dans nos statistiques, qu'on est en droit de se demander si les erreurs de défaut de déclaration corrigées, les femmes indigènes ne présenteraient pas moins d'avortements que les femmes européennes ou juives.

3° Les Juifs ont un nombre d'enfants vivants supérieur à ceux des autres races qui, elles, semblent toutes à peu près égales sous ce rapport. Cependant, il a fallu aux femmes arabes et kabyles un nombre

plus considérable de grossesses pour avoir le même nombre d'enfants vivants que les Européennes, une mortalité excessive leur ayant ravi de nombreux enfants en bas âge.

4° Mortalité des enfants indigènes : kabyles et arabes de 0 à 14 ans est au moins deux fois supérieure à la mortalité des enfants des autres races.

Cette mortalité est à coup sûr encore plus importante si l'on tient compte des uefaux de déclarations des femmes indigènes.

DEUXIEME PARTIE

Dans la première partie de ce travail nous avons fait une étude démographique exclusivement numérique de la population algérienne. Nous nous sommes bornés à ne citer que des chiffres, établir des pourcentages pour chacune des races d'Algérie, nous réservant pour plus tard de faire l'analyse de ces taux en essayant de dégager les conditions qui les influencent. C'est pour nous, le moment d'aborder cette étude, que nous limiterons à la mortalité infantile, à la mortalité infantile indigène surtout..

Causes d'avortement, de mortinatalité et de mortalité infantile chez l'indigène algérien

Avortement

La principale cause de l'interruption de la grossesse est à n'en pas douter la syphilis et nous verrons par la suite quelle importance occupe cette affection chez l'Indigène algérien. Le paludisme semble venir immédiatement après. Les travaux pénibles imposés à la femme musulmane dans sa vie de tous les jours, contribuent aussi pour une part certaine à provoquer la mort de fœtus pendant une gestation qui, normalement aurait dû suivre son cours. Pour le Professeur LAFFONT, il est encore deux causes d'interruption de la gro-

sesse dont l'importance n'est pas à dédaigner chez l'Indigène. Ce sont d'une part la précocité du mariage (surtout en Kabylie), d'autre part le jeûne très déprimant du Ramadan (1). Précisons que l'avortement provoqué est excessivement rare chez la femme indigène.

Mortinatalité

C'est encore à la syphilis que revient ici la première place. Bien loin derrière elle, viennent différentes causes suivantes : longueur du travail chez les primipares trop jeunes, au bassin insuffisamment développé, pratiques intempestives des vieilles femmes (2). La tuberculose dont l'influence se fait de plus en plus importante chez l'indigène emporte bien souvent la mère et l'enfant. Enfin citons les infections puerpérales qui enlèvent la mère à son enfant et vouent ce dernier à une mort presque certaine.

Mortalité infantile

La mortalité infantile chez l'indigène algérien connaît des causes très variées, causes saisonnières peut-être, causes médicales sociales surtout.

INFLUENCES SAISONNIERES. L'Algérie est un pays relativement chaud. Analysé rapidement son climat présente les trois caractères suivants :

1° Faible écart des températures quotidiennes extrêmes, tendance à l'uniformité de la température ou au contraire écart excessif des températures quotidiennes extrêmes. Si l'on examine l'humidité

(1). Docteur LAFFONT. — *Conférence internationale pour l'enfance africaine Afrique du Nord, 1931 (page 13).*

(2). Docteur A. LAFFONT. — (mêmes références).

relative ou état hygrométrique, on aboutira à des conclusions semblables (1).

2° Tendance à l'uniformité dans l'état hygrométrique ou au contraire variations énormes dans cet état (2).

3° Conditions météorologiques se rapprochant bien souvent de celles des tropiques et de l'équateur (3), pour les mois d'été, alors que celles des autres mois sont presque analogues à celles des pays tempérés.

C'est pendant les chaleurs que s'observent plus volontiers, ces nombreuses affections intestinales si meurtrières pour la première enfance. Les auteurs qui se sont occupés de la question ne sont pas précisément d'accord sur les périodes de maxima et de minima à assigner à ces décès. Pour DEMONTES (4), on observerait le maximum de décès infantiles pour toute l'Algérie en Octobre, cette mortalité allant en augmentant d'une façon continue d'Avril à Octobre. Mantout au contraire (5) apportant le fruit de ses observations sur la population d'Alger affirme que le maximum des décès a lieu en Janvier, les quatre mois d'hiver, Décembre, Janvier, Février, Mars étant surtout les plus meurtriers.

Comme l'a fait judicieusement remarquer le Docteur LEMAIRE, « ici encore, les milieux ne sont pas

(1), CRESPIN. — *Essai d'épidémiologie*. Alger, 1908.

(2) (3). MANTOUT. — *Mortalité infantile*. (Thèse Alger 1914, pages 27, et 28).

(4). In Docteur LEMAIRE. — *Compte rendu des travaux du bureau municipal d'hygiène d'Alger pour 1922, à 1923 inclus*.

(5). MANTOUT. — *Thèse Alger*. (Déjà citée).

» comparables. En Algérie, le paludisme joue un
» un rôle important à côté des infections gastro-in-
» testinales. et il n'est pas surprenant d'enregistrer
» ces résultats (ceux de DEMONTES) pour l'en-
» semble de l'Algérie. A Alger, le paludisme est à
» peu près à éliminer comme cause de décès de la
» première enfance, et les chiffres des décès tradui-
» sent encore plus fidèlement l'influence saisonnière
» sur les affections du tube digestif.

» Les moyennes que nous avons établies pour
» Alger de (0 à 2 ans) pendant la période de 1912 à
» 1921, montrent deux maxima très nets, l'un en
» Juillet, Août, l'autre en Janvier. Le refroidisse-
» ment et toutes ses conséquences jouent ici un rôle
» peut-être encore plus important que le relève-
» ment brusque de la température. Les minima sont
» observées en Mai et Juin (1). »

CAUSES SOCIALES. La situation de l'enfance indigène en Algérie est très étroitement liée à celle de la femme indigène (2). Cette femme a bien souvent encore en Agérie, une situation sociale qui ferait frémir d'horreur tous nos féministes convaincus de la Métropole. Enfermée et étroitement surveillée dans son logis, elle est victime d'un égoïsme marital par trop outrancier. Nombreuses sont les femmes indigènes qui ne connaissent absolument rien du monde extérieur, hormis le petit cercle dans lequel elles vivent. La plupart du temps, elles sont très ignorantes, ne connaissent absolument rien des plus élémentaires principes d'hygiène. Les supersti-

(1). Docteur LEMAIRE. — (déjà cité).

(2). Docteur A LAFONT. — (déjà cité).

tions les plus grossières, les pratiques de sorcellerie les plus extravagantes sont chez elles fort en honneur et remplacent bien souvent le médecin appelé trop tard auprès de leurs enfant moribonds, malgré les incantations, la matrone ou le marabout dont l'intervention s'est révélée inefficace et parfois dangereuse.

La misère vient aussi emporter un grand nombre d'enfants, par l'état lamentable dans lequel elle met bien des familles. Surpeuplement et logements étroits, obscurs, insalubres, défaut de surveillance des enfants par leurs mamans occupées à des travaux pénibles prenant toute leur journée, hypoalimentation, défaut de vêtements, sont autant de facteurs susceptibles d'augmenter dans les proportions notables les décès infantiles.

CAUSES PATHOLOGIQUES. Nous n'avons point l'intention de faire une étude détaillée de toutes les affections susceptibles d'influencer la mortalité infantile indigène. Nous nous bornerons à ne citer que les principales nous attardant plus particulièrement sur la syphilis.

Maladies épidémiques. — L'Indigène des douars vivant en communauté, l'Indigène de la ville habitant des pièces surpeuplées, nul doute que les épidémies trouvent chez lui un terrain particulièrement favorable à leur développement. « Les diffé-
» rentes causes qui agissent sur les enfants du pre-
» mier âge, remarque le docteur LEMAIRE retentis-
» sent beaucoup plus fâcheusement chez l'indigène
» Les courbes de mortalité annuelle subissent des
» fluctuations considérables. Elles sont quelques fois

» même, uniquement constatées chez les enfants indigènes (épidémies localisées de coqueluche, rougeole), et les années où les affections contagieuses sont générales, celles-ci éprouvent davantage les enfants indigènes (1) ».

Entre autres affections épidémiques meurtrières faisons une place spéciale à la variole, dont l'influence funeste s'étendait sur toute l'Algérie et avait fait mériter à ce pays le titre peu flatteur de « pays traditionnel de la variole » (2).

Le décret du 27 mai 1907 rendant la vaccination antivariolique obligatoire a eu une conséquence très heureuse sur une épidémiologie qui affectait particulièrement la population musulmane infantile.

Paludisme. — Le paludisme, le plus formidable ennemi que nous ayons eu à combattre, suivant l'expression de LAGAUCHIE (3), bien qu'en nette régression sévit encore d'une façon endémique en Algérie. Certes la terre africaine a cessé d'être cette terre « réputée, mortelle pour les Européens, mortelle pour leurs enfants, mortelle pour la race » (4) le paludisme a perdu son caractère épidémique, il ne sévit plus guère que dans les endroits marécageux, près des oueds, dans tous les endroits où il n'a pas été encore combattu. Les Indigènes, ceux qui habitent les campagnes surtout, lui paient un

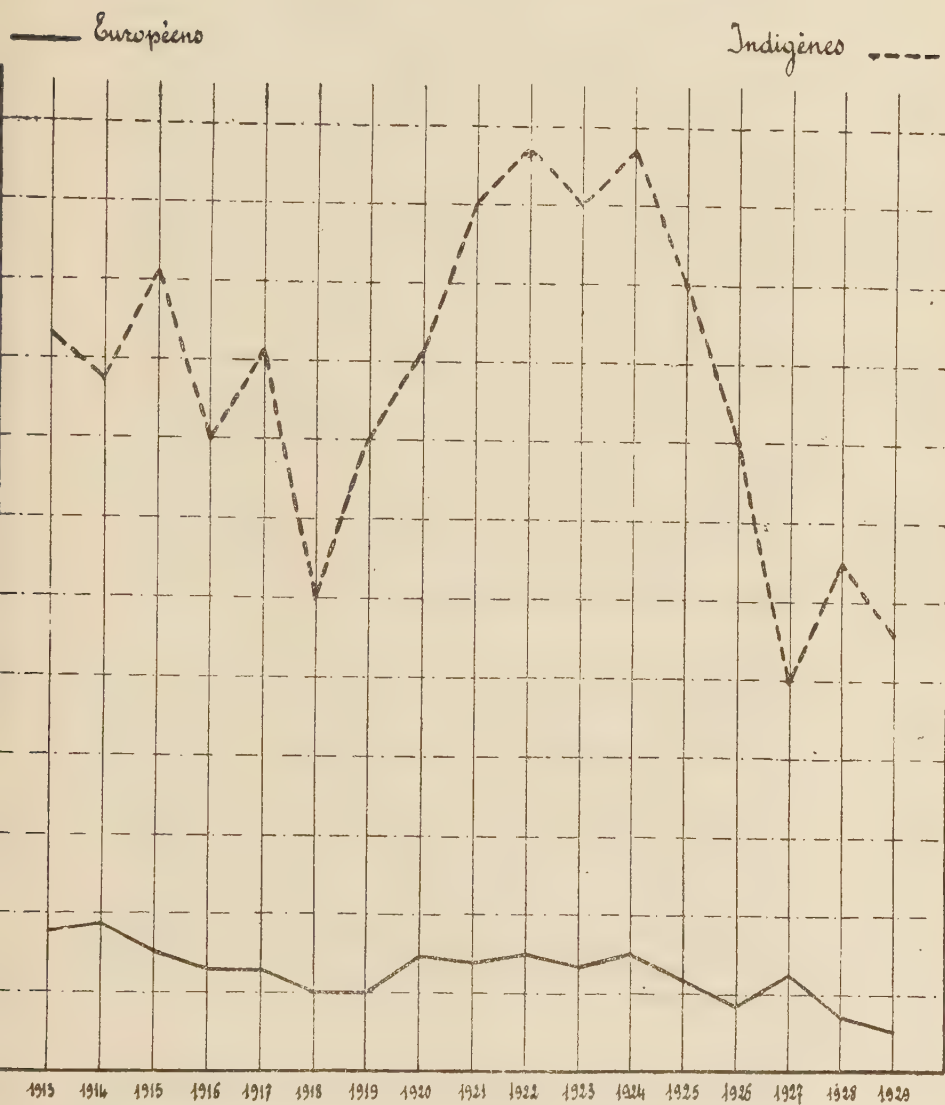
(1). Docteur LEMAIRE. — (déjà cité).

(2). RENDU. — *Rapport général sur les épidémies pendant l'année 1897*. (Melun 1899, page 18).

(3). In thèse TREMSAL LAGAUCHIE. — *Réflex. sur les maladies de l'armée d'occupation, et spécial. sur leurs causes*, (page 79).

(4). DEMONTES. — *Le Général Clauzel, un colonisateur 1904* (in thèse TREMSAL, page 29).

DÉCÈS PAR GASTRO-ENTÉRITE A ALGER
Pour 10.000 habitants de même catégorie



lourd tribu. Il constitue pour eux et leurs familles un véritable fléau social.

Tuberculose. — Affection jadis presque ignorée des masses indigènes, la tuberculose se fait chez elles, chaque jour plus importante. Les statistiques obituaires de la ville d'Alger démontrent que, les pourcentages des décès par tuberculose est de 2,6 pour 1.000 Européens et de 7,7 pour 1.000 indigènes.

Le docteur LEMAIRE dans une étude fort intéressante (1) trouve à ce fait plusieurs raisons : influences néfastes du déracinement, habitudes d'intempérance, précarité du vêtement et du logement, hypoalimentation. L'importance de la tuberculose chez la population indigène, retentit fâcheusement, à n'en pas douter sur la mortalité infantile. La tuberculose infantile produirait 15 à 20% des décès d'enfants de 0 à 30 mois, d'après une statistique du Professeur Crespin. Pour le docteur LEMAIRE l'ordre de fréquence serait bien plus élevé chez les Indigènes que chez les Européens.

Gastro-Entérite. — Cette terrible maladie affecte généralement l'enfant indigène et européen. Cependant on constate chez l'indigène un nombre de décès infantiles, par gastro-entérite, pour toute l'Algérie inférieur à celui des européens. A Alger, phénomène absolument inverse. MANTOUT en donne les raisons : « Etant donnée, l'hygiène générale » déplorable des milieux musulmans, il est à présumer que l'allaitement au sein très en honneur chez eux, constitue la meilleure sauvegarde des nourrissons appartenant à cette race.

(1). Docteur LEMAIRE. — *Les 18 ans du bureau d'hygiène de la ville d'Alger* ; (années 1926-29).

» Si à Alger, le fait ne se vérifie pas, comme dans
» l'Algérie toute entière, c'est que les Musulmans
» de cette grande ville commencent à imiter les
» mœurs sociales européennes, dans ce qu'elles ont
» de funeste et à remplacer l'allaitement au sein
» par l'allaitement artificiel (2) ».

La Syphilis. — Cette affection ayant chez l'indigène une importance considérable, nous préférons aborder son étude dans un chapitre spécial, le suivant, en lui donnant toute l'ampleur qu'il mérite.

(2). Georges MANTOUT. — (Thèse Alger, 1924, page 112).

La syphilis en Algérie

C'est à notre sens la cause la plus importante de la mortalité infantile indigène. Nous avons vu dans le chapitre précédent quelle lourde mortalité affectait l'enfance indigène. Nous avons constaté qu'à partir de l'âge de 1 an jusqu'à 14 ans, la mortalité indigène était sans cesse plus importante que la mortalité européenne, d'un taux de 2 à 3 fois plus élevé. Ces remarques faites au cours d'une étude de la statistique générale de l'Algérie, se sont trouvées presque entièrement vérifiées dans l'étude que nous avons présentée de la mortalité infantile, telle que nous l'avons relevée dans les fiches de la Consultation CRESPIER. Dès lors nous sommes en droit de nous demander la raison de cette énorme différence des décès en plus chez l'indigène, la raison de ces constatations uniquement entre 1 an et 14 ans. Certains auteurs prétendront que l'enfance indigène doit à sa situation sociale, paie aux causes pathologiques que nous venons d'étudier rapidement ce lourd tribut dont nous connaissons maintenant l'importance. Cette explication, juste en tant que constatation immédiate, nous paraît un peu simpliste. Elle ne nous donne pas la raison pour laquelle l'enfant indigène, l'enfant de 1 à 14 ans nous paraît plus sensible aux affections pathologiques diverses que l'enfant européen.

Car c'est un fait de constatation courante, l'enfant

indigène résiste moins, se défend moins, et partant meurt plus que l'enfant européen. Il y a à ce phénomène une cause, une raison profonde... Nous n'hésitons pas à incriminer la seule syphilis.

La syphilis est de tous les maux indigènes, le plus profond, le plus répandu, le plus grave. Tous les auteurs depuis le début de notre occupation, ont insisté sur l'extrême diffusion et l'intensité des dégâts causés par ce terrible fléau en Algérie. En 1855, E. L. BERTHERAND dans son remarquable ouvrage (1) étudie d'une façon magistrale « cette » affreuse syphilis qui ronge le peuple algérien » sous toutes formes ». Pour H. BERTRAND il ne fait aucun doute que ce sont les infections de nature syphilitique qui fournissent chez les Arabes le plus de maladies (2). En 1862, J. ARNOULD fait paraître dans les Mémoires de Médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, une étude très intéressante sur la « lèpre kabyle ». Il insiste particulièrement sur la gravité des accidents spécifiques et l'intensité de leur diffusion en pays kabyles (3). « C'est ici que l'on retrouve ces monstrueuses » véroles dont le moyen âge nous a laissé le souvenir ces êtres hideusement déformés, des ulcères » vivants qui font frémir le médecin lui-même ».

En 1864, DAGA s'exprime en ces termes sur l'importance de la syphilis algérienne : « La vérole n'a » probablement pris chez l'indigène de l'Algérie

(1). E.-L. BERTHERAND. — *Médecine et Hygiène des Arabes*. 1855.

(2). H. BERTRAND. — *Clinique chirurgicale de l'infirmerie indigène de Sidi-Bel-Abbes* (page 119).

(3). ARNOULD. — *Mémoires de médecine, de chirurgie, et de pharmacie militaires. La lèpre kabyle*, (page 430).

» des proportions si effrayantes que parce qu'ils
» ne se soumettent à aucun traitement, qu'ils n'a-
» doptent aucune mesure pour s'opposer à sa pro-
» pagation et que les parents ne cessent de trans-
» mettre à leurs enfants ce funeste héritage » (1).

En 1862, VINCENT, Médecin Major de l'Hôpital du Dey à Alger constate que sur 423 malades indigènes hospitalisés, il y a 188 syphilitiques, soit 44% du nombre total d'hospitalisés (2). Nous relevons dans le livre de LACAPERE sur la syphilis arabe un passage qui nous semble bien résumer l'opinion des auteurs algériens sur l'importance de la vérole en ces pays. « Tous les auteurs insistent sur la dif-
» fusion extrême de la syphilis parmi les Musul-
» mans d'Algérie REY, DUMONT, GEMY, RAY-
» NAUD évaluent à 90% la proportion des syphi-
» litiques qu'ils ont étudiées. AUCAIGNE, estime
» que dans la région de Vialar, 75 à 80% des indi-
» gènes sont atteints par la syphilis. Dans quelques
» régions comme le Sahara la syphilis serait plus
» rare (TREILLE).

» Les appréciations que j'ai pu recueillir orale-
» ment témoignent que la fréquence de la syphilis
» a fort peu diminué en Algérie. Le Docteur GIL-
» LOT, Professeur des maladies cutanées et syphi-
» litiques à Alger, me déclare qu'à son avis, plus
» des trois quarts des Musulmans algériens sont en-
» tachés se syphilis acquise ou héréditaire. Le Doc-
» teur MURAT, Médecin des hôpitaux, Chef du Dis-

(1). DAGA. — *Archives générales de médecine*, 1864. *Documents pour servir à l'histoire de la Syphilis chez les Arabes*.

(2). VINCENT. — *Exposé clinique des maladies des Kabyles*. Alger, 1862.

» pensaire indigène d'Alger, le Docteur MONTPEL-
» LIER, ancien chef de clinique syphiligraphique
» confirment ces appréciations (1) ».

Pour être bref et sans nous écarter beaucoup de la réalité, nous pouvons affirmer aujourd'hui que la syphilis atteint la presque totalité de la masse indigène algérienne. L'importance de ces taux de la syphilis chez les Musulmans est si grande, qu'elle demande cependant une justification. Nous allons essayer au cours des lignes qui vont suivre d'en étudier les raisons.

Plusieurs facteurs ont contribué à donner à la syphilis sa formidable expansion en milieu indigène. Ancienneté de la maladie, absence quasi complète de traitement depuis les temps les plus reculés de son apparition en Algérie, conditions sociales particulières des Musulmans sont les trois facteurs principaux que nous devons avant tout incriminer.

Ancienneté de la syphilis en Afrique du Nord

Après le remarquable travail de JANSELME (2), il ne nous semble plus permis d'émettre le moindre doute sur l'origine colombienne certaine de la syphilis dans le vieux monde, non plus que d'affirmer son existence en Europe avant le 15 mars 1493,

(1). LACAPERE. — *La syphilis arabe*, 1923. (Doin, éditeur Paris, page 8).

(2). JANSELME. — *Traité de la syphilis*. Tome I *Histoire de la syphilis*.

date mémorable où CHRISTOPHE COLOMB débarquait ses glorieux équipages à PALOS au retour de leur fameuse découverte des Indes.

Ce qui nous importe ici, c'est de savoir si la syphilis nord-africaine, qui dans son allure générale, dans ses manifestations cliniques est en bien des points si différente de la syphilis européenne actuelle, est aussi ancienne que cette dernière.

Le récent travail (1) de notre ami GAUTHIER, suivant en cela, les remarquables publications du Docteur MONTPELLIER (2), nous autorisent à l'affirmer. Nous nous permettons de revenir sur ce sujet pour y insister comme il convient. Dans ce but nous verserons au débat des arguments tirés de l'histoire de la péninsule ibérique et des états barbaresques à la fin du XV^e siècle et durant le XVI^e siècle, ainsi que les déductions logiques qui en découlent.

Après avoir sévi sous forme épidémique en Espagne à BARCELONE et à SEVILLE notamment, la syphilis gagne l'Italie, propagée par les armées de Charles VIII, lors de la première guerre d'Italie. Cette armée était composée d'hommes de toutes nationalités et en particulier d'Espagnols. Elle fut durement touchée par la contagion, surtout lors du siège de Naples et durant son séjour en France.

(1). H. GAUTHIER. — *Histoire de la syphilis en Afrique du Nord; plus particulièrement en Algérie* (Thèse, Alger 1931).

(2). MONTPELLIER. — *Le problème de l'orientation de la syphilis chez les nord-africains*. (Extrait de la Presse Médicale n° 29, du 10 Avril 1926).
Association Française pour l'avancement des sciences. Congrès d'Alger du 15 au 19 Avril 1930. *La syphilis nerveuse en Algérie*.

L'expédition de NAPLES prend fin vers le milieu de l'année 1495. CHARLES VIII ramène son armée à LYON et licencie ses mercenaires. Ceux-ci, Espagnols, Allemands, Portugais, Suisses, regagnent leur foyer et vont essaimer dans toutes les directions le nouveau mal.

La France, l'Italie, l'Angleterre, l'Ecosse, la Hollande, la Prusse, la Saxe sont atteintes. Puis la contagion gagne l'Afrique du Nord, l'Asie antérieure et l'Extrême-Orient où elle arrive en moins de vingt ans (1).

Il serait pour le moins étrange que le Nord de l'Afrique ait été épargné par la maladie. « Pour le comprendre il faut préciser à grands traits la situation politique à cette époque » (2). A la fin du XV^e siècle, les Maures sont refoulés d'Espagne. 800.000 Juifs fuient l'Inquisition et ses terribles rigueurs. Cette expulsion pour avoir débuté en 1492, quelques mois après le départ de COLOMB à la recherche du nouveau monde, ne fut complètement terminée qu'en 1496, comme le fait très justement remarquer le Docteur MONTPELLIER (3).

(1). JANSELME. — *Traité de la syphilis*. Tome I *Histoire de la syphilis* (page 102)... Quant au Japon il aurait été contaminé d'après les recherches de Dohi environ trente ans avant l'arrivée des Portugais. (1543).

(2). GAUTHIER. — Thèse Alger 1931.

(3). MONTPELLIER. — *Association Française pour l'Avancement des Sciences*. — *Congrès d'Alger du 15 avril 1930*. — *La syphilis nerveuse en Algérie*.

A la minute où la Grenade Maure tombait sous les coups de la Castille, alliée à l'Aragon (25 novembre 1491). A la minute où Boadbil vaincu jetait un dernier regard sur Xenia, et murmurait « Dieu est grand », à cette minute disons-nous, tous les Maures ne quittèrent point la province désormais débarrassée de leur joug. Boadbil ne

A cette époque (fin du XV^e siècle et commencement du XVI^e siècle) l'anarchie est complète en Algérie (1).

« Le royaume fondé par Yaghouracen n'est plus qu'un état vassal auquel tantôt Fez, tantôt Tunis, imposent des princes de leur choix (2).

« Il n'existe aucune unité dans le pays, aucune union entre les différentes peuplades qui l'habitent. Mais au fait qu'étaient ces peuplades ? Au XI^e siècle, parties de la rive gauche du NIL, déferlent sur l'IFRIKIA et sur le MOGKEB, les masses d'immigrants arabes (200.000 familles) des tribus des HILAL et des SOLEIM. Les arabes se mêlent aux berbères, véritables autochtones, entrent dans l'organisation de leurs tribus, soutiennent de leur effectif leurs différentes dynasties. Ils constituent pres-

se retira à Fez qu'en 1496. El Zagal, l'allié de Ferdinand, après avoir vendu ses domaines de la Seigneurie de Prochera, ne quitta l'Espagne que plus tard.

Le problème de l'Orientation de la Syphilis chez les Nord-Africains. (Presse Médicale n° 29 du 10 avril 1926). L'expulsion des Maures hors du royaume de Grenade qui eut lieu en 1492 — soit quelques mois avant le départ de Christophe Colomb pour la découverte du Nouveau Monde (3 août 1492) — n'implique pas l'apparition d'une cloison désormais étanche entre l'Espagne et l'Afrique; pas davantage ne l'implique l'exode des « Maranôs » chassés par l'Inquisition, exode qui devint général en Espagne, la même année, mais ne fut complet au Portugal qu'en 1496.

(1). AUGUSTIN BERNARD. — *L'Algérie* (F. Alcan 1929)... ainsi, toujours la même histoire se répète, et on peut dire que l'Algérie n'a jamais connu de véritable gouvernement depuis l'antiquité jusqu'à la conquête française. Lorsque commence le XVI^e siècle, les collectivités berbères sont irrémédiablement désagrégées et incapables d'un effort commun ; l'anarchie est à son comble, la ruine complète et la barbarie n'est plus qu'une expression géographique.

(2). AUGUSTIN BERNARD. — *L'Algérie* (page 150).

que toujours un élément de désordre. Dès le XIII^e siècle, il existe en Afrique du Nord trois royaumes correspondants à peu près à la TUNISIE, à l'Algérie et au Maroc actuels (1).

Cette anarchie à peu près complète des Etats du Nord de l'Afrique devait inmanquablement appeler la conquête étrangère et c'est ainsi que nous voyons Espagnols et Portugais poursuivre sur leur territoires « ceux qui avaient su faire la prospérité du Sud de la péninsule ibérique » (2).. Les Portugais dominèrent sur les côtes du Maroc. Après quelques succès rapides les armées de FERDINAND LE CATHOLIQUE s'installèrent sur les principaux points de la côte Algérienne de MELILLA à TRIPOLI. MERS EL KEBIR est pris en 1505, le Cardinal XIMENES fait son entrée triomphale à ORAN en 1509. Prise de TRIPOLI et de BOUGIE en 1510. Peu après CHERCHELL, TENES, DELLYS font leur soumission, tandis que PEDRO NAVARO battit sur le PENON, un des îlots d'Alger sa fameuse forteresse.

Dès le début, les relations de voisinage entre Européens et Indigènes, pour aussi peu nombreuses qu'elles aient été, n'en contribuèrent pas moins à propager la vérole, si l'on en juge par la diffusion extrême de la maladie à cette époque et par la contamination presque certaine d'une bonne partie des

(1). AUGUSTIN BERNARD. — *L'Algérie* (page 147)... Ce sont le royaume de Tunis avec les Hafsides, celui de Tlemcen avec les Zeyanides ou Abdel-Ouadites, celui de Fez avec les Mérinides.

(2). GAUTHIER. — (*Thèse Alger 1931, déjà citée*).

nouveaux occupants: soldats, mercenaires, recrutés un peu partout (1).

Le commerce était d'autre part, très florissant entre les différents ports de la Méditerranée et ceux du Nord de l'Afrique (2). Le long de la côte africaine s'étaient même installés des comptoirs formant de véritables colonies et ayant connu une prospérité certaine, nous mentionnerons en particulier, celui qui fonda en 1550 THOMAS LENCIO au BASTION DE FRANCE près de la CALLE et qui comprit près de 2.000 personnes (3).

Les contacts entre les indigènes nord-africains et les européens furent donc réels en ces pays. Mais ils le furent aussi en dehors d'eux. La piraterie était alors fort en honneur. L'Afrique du Nord abri-

-
- (1). MONTPELLIER. — *Congrès pour l'Avancement des Sciences 1930...* On peut tenir pour certain que la syphilis, à une époque où elle était une maladie plus épidémique que vénérienne, n'eut aucune peine à prendre pied sur le sol africain convoyée par les mercenaires des armées espagnoles et les marchands de tout acabit qui se collaient à leurs chausses.
- (2). GAUTHIER. — (*Thèse Alger 1931*). — Autrefois comme aujourd'hui, la vérole devait être une maladie de marins. Les Vénitiens, les Génois, les Pisans, les Marseillais, les Catalans, fréquentaient couramment les ports d'Arzila, de Tanger, de Badis (en face du Penon de Velez), Ceuta, Mellila, Salé, Safi et Mogador, pour le Maroc. Ils s'aventuraient souvent dans l'intérieur, comme le prouve la fondation du quartier-franc de Marrakech (Kessava). En Algérie, Oran, Alger, Bougie, Cherchell furent les principaux ports ouverts aux étrangers. En Tunisie, il existait des fondoucks de chrétiens à Sousse, Sfax, Gabès, Djerba. Ainsi qu'à Bône et à Bougie qui étaient sous la dépendance des souverains Hafsidés de Tunis.
- (3). BASTION DE FRANCE. — 15 Août 1929. — *Discours de Sanson Napolon interprété par M. Braudel*. — En ces quatre places il s'y peut occuper ordinairement huit cents hommes ; on estime quatre cents ceux destinés

ta, le long de ses côtes les corsaires aux noms fameux d'AROUDJ, RHEIR EL DIN EULDH ALI, le rais MOURAD, dont l'audace et la témérité restent encore légendaires.

Il existait d'autre part en Afrique du Nord de nombreux marchés d'esclaves, dont certains connurent une véritable vogue (1). La vente de ces esclaves, pour la plupart européens constituait un des principaux commerce des Algériens. Nul doute qu'ici encore, les contacts entre européens et indigènes aient été nombreux et aient contribué pour une large part à disséminer la maladie.

Nous en arrivons donc logiquement à admettre que la syphilis nord-africaine a été à peu de chose près, contemporaine de la syphilis européenne. C'est ce que viennent confirmer les textes des auteurs contemporains. Ceux-ci, bien que peu nombreux, nous ont laissé des descriptions suffisamment précises et substantielles pour nous éclairer à ce sujet et enlever notre conviction. Nous voulons parler

à polir le corail, faire donner ordre aux provisions nécessaires pour le dit Bastion, selon le compte qui a déjà été fait. De cette sorte, non seulement les dits douze cents hommes vivent et gagnent leur pain, mais environ jusqu'à deux mille comprenant leurs familles.

(1). AUGUSTIN BERNARD. — *L'Algérie*. — Les Algériens faisaient la course et la traite des blanches sans haine ni colère. C'était leur négoce et leur industrie. Il y eut jusqu'à 35.000 esclaves à Alger dans la première moitié du XVII^e siècle.

des publications du CHEICH DAOUD AL ANTA-KY (1), de celles surtout de Léon l'AFRICAIN (2) puis plus tard entre le XVII^{ème} siècle et XVIII^{ème} siècle du médecin algérois ABD ER REZZG ED DJEZAIRRY, après lequel plus aucun médecin musulman n'écrivit.

(1). H. GAUTHIER. — Thèse déjà citée. — Le seul médecin arabe digne de la grande tradition ayant vécu à cette époque est le Cheich Daoud Al Antaky, né au Caire et mort à La Mecque en 1599. Dans sa « Tedkirat » il nomme à propos du mercure, la vérole « Meurd El Frandji » (maladie des Francs).

(2). H. GAUTHIER. — Antoine Lecoq, médecin de François I^{er}, pensa que la « lues hispanica » se propagea vite en Afrique. Mais le témoignage le plus intéressant à ce sujet est celui de J. Léon l'Africain, de son vrai nom Al Hassan Ben Mohamed Alvazas Al Fasi. Natif de Grenade, vers 1483, il fut expulsé du pays comme mahométan, après la « reconquête » espagnole. « Il se réfugia à Fez avec d'autres coreligionnaires, où il étudia les mœurs, la connaissance et la culture des Arabes. Puis il fut capturé par des pirates chrétiens et amené à Rome où il fut offert comme esclave au Pape Léon X. Après avoir embrassé le christianisme, il écrivit en arabe une description de l'Afrique qu'il traduisit lui-même en italien. » Cet ouvrage date du premier quart du XVI^e siècle. J. Léon mourait peu après 1526. Il indique deux origines à la syphilis : une occidentale par les réfugiés espagnols, et l'autre orientale par les commerçants italiens. Il raconte même que le fils d'un roi de Tunis qui avait le gouvernement de Constantine en périt lamentablement.

Ce témoignage est d'autant plus intéressant que Jean Léon pris par les pirates en 1517, a réellement pu voir dans ses voyages en Europe ce qu'était la vérole et qu'il a pu certainement identifier avec facilité ce qu'il avait remarqué dans la Berbérie et en Italie. Il indique formellement que cette maladie n'existait pas auparavant en Afrique.

Absence de traitement

Un autre facteur, à notre sens aussi important que le premier, du pourcentage si élevé de syphilitiques chez les masses indigènes nord-africaines, et le manque absolu de traitement spécifique de la vérole, depuis les temps les plus reculés de son apparition, jusqu'à la période toute contemporaine.

A peine le « nouveau mal » avait-il commencé à faire ses ravages en Europe, que, peu à peu, s'organisait partout contre lui, une lutte d'autant plus sévère et opiniâtre que chacun craignant justement pour sa propre personne, avait appris à le connaître et, par suite, à le redouter.

Pendant ce temps, la médecine arabe, était quasi inexistante, les Etats barbaresques, sans cesse bouleversés par les guerres intestines, tombés, nous l'avons vu, dans une anarchie presque complète, se souciaient fort peu des mesures de prophylaxie antisypilitique.

Et il nous a paru intéressant, dans une étude que le cadre de ce modeste travail oblige à être peut-être trop courte; de mettre en opposition la précarité, j'allais dire le manque absolu de traitement syphilitique spécifique en Afrique du Nord, avec les moyens réels, d'abord imparfaits, puis, rapidement d'ailleurs de plus en plus précis, en usage dans la Métropole (1). Nous aurons expliqué du même

(1). Pour ce qui est des moyens mis en œuvre contre la syphilis dans les Etats européens dès le début de son apparition, nous renvoyons le lecteur au remarquable ouvrage de JANSELME (*Traité de la syphilis, tome I, histoire de la syphilis*). Nous nous attacherons donc seu-

coup pourquoi la « grande maladie », livrée depuis toujours à elle même en ces pays, ait pu par le jeu des mariages, de la contagion et de l'hérédité, atteindre le pourcentage effrayant que nous fixions plus haut.

Toutes les fois que, remontant dans le passé, un auteur a voulu étudier, ou écrire l'histoire de la médecine, il a rencontré, dès le début, écrits en lettres d'or, les noms de ces célèbres médecins arabes qui, du X^{ème} au XIII^{ème} siècle, déversèrent sur l'Occident leurs travaux dont l'érudition étonnante n'avait d'égale que la finesse d'observation et la saisissante vérité des descriptions.

Bagdad au X^{ème} siècle fut le brillant foyer intellectuel d'où rayonna la science des Mesué, (1) du grand Rhazès (2), tandis qu'à la même époque les Universités de Cordoue et de Tolède s'illustraient des noms des Iahya ben Ishacq et du célèbre Abducassiss. En Tunisie, Kairouan centre important d'études médicales produisait entre autres méde-

lement ici à savoir ce qu'était la médecine arabe à cette époque, quels traitements elle appliquait aux maladies en général, et à la syphilis en particulier.

- (1). H. GAUTHIER. — *Histoire de la Syphilis en Afrique du Nord*. — Mesué vivait à Bagdad au début du X^e siècle. Il décrit diverses maladies cutanées comme le « feu persan », divers chancres, les fourmies des grecs, les aposthèmes de la peau pouvant dégénérer en ulcères putrides. Il donne également un tableau remarquable de la blennorrhagie. Il connaît aussi le chancre mou qu'il compare à une mûre et qu'il traite par des calmants, puis par des corrosifs et des excitants.
- (2). H. GAUTHIER. — *Histoire de la syphilis en Afrique du Nord*. — Le grand Rhazès marque le début de l'émancipation des Arabes. Né à Bagdad, il y meurt en 932. Ses relations avec l'Afrique du Nord sont très hypothétiques.

cins fameux Ishacq ben Soleïman el Israëlî, et Abou Djaffar Ahmed dit Ibn el Djezzar (1).

Mais c'est sans conteste aux XIème et XIIème siècles que la médecine arabe atteint son éclat maximum avec Avicenne, Constantin l'Africain et ceux qu'on a considérés à juste titre, d'ailleurs, comme les plus grands des médecins arabes Maïmonide et surtout Avenzoar (2). Nous n'omettrons certes pas de mentionner Averrhoès qui fut surtout un philosophe, non plus que de citer les médecins tunisiens Chérif Ali Drissi Assakali et Abdussalem ben Ibrahim Assakali (3).

Le XIIIème siècle voit déjà la décadence de la médecine arabe alors même que son influence grandissante commençait à s'étendre sur le monde chrétien. Cette époque n'inscrit guère à son actif que le nom d'Ibn El Beïtar et ceux des moins célèbres médecins tunisiens Ahmed ben Abdussalem Assakali, Abdelkrim ben Moslem El Bedji et Mohamed ben Ahmed El Omaoui (1).

Le XIVème siècle a produit très peu de médecins arabes de renom, ce qui est compréhensible, étant donné que l'Orient était dévasté par les invasions de Gengis Khan et de Tamerlan. L'Espagne musulmane était réduite au royaume de Grenade qui allait lui-même disparaître sous la poussée des forces coalisées de la Castille et de l'Aragon.

Au XVème siècle, deux médecins Abou Abdallah

(1). L. CHATENIER. — *Organisation de l'assistance médicale et de l'hygiène publique en Tunisie*. — (Thèse Alger 1931, page 21).

(2). H. GAUTHIER. — (Page 71).

(3). L. CHATENIER. — (Thèse Alger, 1931, page 22).

Mohamed ben Youssef Essenoussy et surtout l'égyptien Abou Fadl Abderhamane Essoyouthy dit Sidi-Syouthy dont « le livre de la miséricorde dans l'art de guérir et de conserver la santé » est le type de l'ouvrage populaire abrégé, qui, depuis la fin du XVème siècle jusqu'à nos jours connut un immense succès en Algérie (1).

La médecine arabe est bien pauvre en médecins au XVIème siècle. Nous ne pouvons guère citer que le nom de Jean Léon l'Africain, de son vrai nom El Hassam ben Mohamed El Ouazzan El Fassy, dont nous avons déjà parlé dans un chapitre précédent.

A partir du XVIIIème siècle, la nuit se fait complète dans l'histoire de la médecine arabe. A peine arrive-t-on à citer Abd Errezaq Ed Djezarîri, médecin à Alger. La grande lignée des célèbres médecins arabes s'est peu à peu éteinte, laissant le champ libre à l'empirisme et à la pratique charlatanesque.

La médecine arabe du IXème au XVème siècle n'a pas seulement brillé par sa connaissance et son diagnostic des maladies, elle a été aussi célèbre par la thérapeutique intelligente qu'elle leur appliquait.

Ces enseignements thérapeutiques eux aussi ne survécurent guère aux Maîtres qui les avaient formulés, car, ces derniers disparus, bien vite s'installa dans le monde musulman un charlatanisme médical, exercé par des individus sans aucune base scientifique, marchands, marabouts, barbiers n'ayant comme arme habituelle que celle de la sorcellerie et comme ultime ressource, la scarification, la pointe de feu, ou... l'amulette.

Nous trouvons la vérification de ces constatations

(1). H. GAUTHIER. — (Déjà cité).

dans l'histoire de la syphilis et de son traitement en Afrique du Nord. La maladie syphilitique fait sa brusque et terrible apparition. Dans la lutte thérapeutique qui va lui être livrée la médecine arabe va être encore à l'avant-garde du progrès et de la science : il y a à peine quatre ans que la syphilis exerce ses ravages, que déjà le mercure est connu et employé en Europe (1).

Mais chose plus intéressante, il est probable, si non sûr que son emploi nous vient des Arabes (2), qui l'auraient eux-même hérité des Chinois (3).

(1). ED. JANSELME. — *Histoire de la syphilis* (page 187).
...Mais les frictions n'étaient pas exemptes de danger. Faites à doses massives pendant 20 à 30 jours consécutifs sur presque toute la surface cutanée d'un malade placé dans une étuve étroite et surchauffée, ce qui permettait au mercure de s'introduire sous forme de vapeurs dans les voies respiratoires, elles causaient des accidents graves et même mortels d'intoxication. Déjà en 1497, AL. BENEDICTUS signale le tremblement et la paralysie des membres (à la suite de traitement mercuriel), plus tard ULRICH DE HUTTEN (1519) mentionne des vertiges, le délire, du tremblement dans tout le corps et des troubles dans la parole. Plus d'un patient succombait au cours du traitement. P. PINCTOR (1500) cite le Cardinal de Ségovie, parmi les personnages qui furent victimes de ce traitement barbare.

(2). ED. JANSELME. — *Histoire de la syphilis* (page 186).
...DIOSCORIDE et GALIEN avaient jeté l'anathème sur le mercure, de là son discrédit, mais les charlatans, guérisseurs de carrefours et gens de même acabit n'avaient pas les mêmes scrupules. A l'exemple des médecins arabes, ils appliquaient journellement sur les plaies ulcéreuses et les dermatoses parasitaires des onguents auxquels étaient incorporés du vif argent.

H. GAUTHIER. — (Thèse Alger 32). — ...Bien que le Docteur CORLIEU affirme que le mercure fut employé la première fois comme antitreponémique en 1497 par VIDEMANN DE SALICET sous l'influence de principes astrologiques obscurs qui abondent dans les ouvrages du temps, il nous semble plus logique d'admettre que cette médication nous vient des Arabes.

(3). *In thèse GAUTHIER-DABRY : « La Médecine arabe chez*

Ceux-ci, comme en Europe, l'administraient par voie parentérale et per os. Par voie parentérale, l'hydrargire vif était utilisé sous formes de frictions au moyen d'onguent et de fumigations, la gingivite étant recherchée comme la preuve d'une cure bien conduite et efficace.

Le mercure était encore administré par os. Dans la thèse de PERRIN, nous relevons le fait que le Cheikh Ben Daoud prescrivait alors les pilules dont la composition était la suivante :

opium : 4 drachmes,
musc : 2 grains,
mercure : 2 drachmes,

(Etendre le mercure dans du jus de citron, mêler avec de la farine et du beurre, faire pilule N°...)

François 1^{er}, au début du XVI^{ème} siècle, ne recevait-il pas de son allié Kneireddine Barberousse, sultan d'Alger, des pilules de mercure cru ?

Tout ceci permet à Gauthier de conclure qu'à cette époque la syphilis a eu en Afrique du Nord la même thérapeutique qu'en Europe (1). Il est vraisemblable qu'en avançant cette opinion Gauthier a voulu surtout rendre l'idée que les médications spécifiques antisypilitiques étaient connues avaient été trouvées peut-être par les rares médecins arabes de l'époque, qui d'ailleurs se servaient du mercure

les Chinois ». In VILLABOS, sur les contagieuses et maudites Bubas. MASSON, Paris 1890. Commentaires de LANQUETIN : « 2.600 ans avant J.-C. les Chinois se servaient d'un mélange de miel, de soufre et de mercure pour les pansements des ulcères vénériens).

- (1). H. GAUTHIER. — (Déjà cité). — ...Nous pouvons donc conclure que la syphilis a passé d'Europe en Afrique et qu'à cette époque elle a eu les mêmes manifestations cliniques et la même thérapeutique qu'en Europe.

comme d'une panacée à l'usage de tous les maux. Mais ce qui est moins certain, c'est que cette thérapeutique ait été intensifiée, vulgarisée. En tous cas nul moyen de prophylaxe individuelle et encore bien moins sociale n'était envisagée. Il n'en demeure pas moins vrai que le mercure était connu en ces pays et employé contre la vérole.

Avec le déclin de la médecine arabe, disparaît peu à peu l'application raisonnée de tout traitement spécifique de la syphilis. Les Etats barbaresques sont sans cesse bouleversés par les insurrections, guerres, pillages, et comme le fait remarquer justement Ahmed Cherif (1), l'histoire de la médecine d'un pays ne peut suivre que celle de sa politique intérieure. Nous ne savons donc presque rien sur la façon de traiter la syphilis en Afrique du Nord durant les XVII^{ème} et, XVIII^{ème} siècles. Les seuls documents que nous ayons à ce sujet sont fournis par des relations de voyages de quelques européens ayant à époques différentes parcouru les états barbaresques et, chose remarquable, tous sont étonnés de constater l'absence de traitement et l'indifférence des indigènes vis à vis des maladies.

De La Croix, en 1688, Desfontaine, en 1784, l'abbé Poiret à la même époque mentionnent la « maladie vénérienne » parmi les maladies qu'ils ont vu en Afrique du Nord. Pour eux la maladie est assez bénigne et les malades n'en prennent aucun soin.

En matière de conclusion à ce chapitre, nous nous permettons de faire un large emprunt à la thèse de

(1). AHMED CHERIF. — *Histoire de la médecine arabe en Tunisie*. — (Page 71, Tunis, d'Amico, 1908).

Gauthier en citant in extenso un de ses paragraphes.

« En résumé, jusqu'à notre arrivée en 1830, la
» situation était la suivante : la syphilis existait
» avec les mêmes manifestations qu'à son appari-
» tion : phénomènes généraux intenses, lésions mu-
» tilantes graves, Pas de médecin, sauf un Sarde,
» Moréri, que retrouverons nos Officiers de Santé,
» il n'a rien laissé de ses observations, Les mala-
» des étaient tout de même soignés par des mara-
» bouts, des empiriques qui leur administraient
» les traitements à la salsepareille et au gaïac ac-
» compagnés de diète et de sudation, que décrirons
» les médecins arrivés à la suite des armées.

» Au point de vue prophylactique, rien n'était
» fait. La réglementation de la prostitution qui ex-
» istait, l'était dans un but plus lucratif que sani-
» taire. Dans les grandes villes, les filles publiques
» étaient sous l'autorité du Mezouar qui prélevait
» certaine somme sur leurs gains. L'isolement en
» cas de maladie était inconnu, lorsque la fille ne
» pouvait pas travailler, elle restait chez elle, jus-
» qu'à ce que la mort libératrice, ou la guérison
» spontanée survinssent ».

Causes sociales, mœurs, usages musulmans

Aux deux importants facteurs précédents du pourcentage si élevé de la syphilis chez l'indigène s'en ajoutent une quantité d'autres, qui tiennent à la vie particulière du musulman nord-africain, à ses mœurs, à ses habitudes bien spéciales.

Nous mentionnerons tout d'abord la prostitution qui, de tout temps a toujours été fort en honneur chez les populations musulmanes. Les maisons de prostitution indigènes groupées dans certains quartiers arabes recrutent leur personnel parmi les femmes de la ville ou celles des tribus. Elles sont très fréquentées par les indigènes qu'ils soient célibataires ou mariés. A côté de ces maisons de tolérance indigènes, soumises elles à un contrôle médical, il existe de nombreuses filles publiques clandestines. De plus, ainsi que le fait remarquer Lacapère certaines « femmes indigènes échappent bien souvent à la surveillance en se procurant des certificats de mariage qui les mettent à l'abri des recherches de la police : Parfois même elles sont réellement mariées à un indigène sous la surveillance duquel elles exercent leur métier (1) ». Notons enfin la fréquence de l'homosexualité chez les Musulmans.

L'usage de la polygamie chez le musulman contribue à répandre chez un plus grand nombre de personnes une affection contagieuse puisque dans une famille, l'un des conjoints atteint peut par le fait des rapports sexuels contaminer toutes les autres, le mari servant d'agent transmetteur.

L'indigène des campagnes habite le « douar », agglomération de tentes en poil de chameau autour d'une cour centrale. La nuit venue, ils s'entassent comme ils peuvent dans ces abris bien souvent étroits et incapables de loger d'une façon convenable bêtes (2) et gens. Ils se trouvent dans les

(1). G. LACAPÈRE. — *La syphilis arabe* (page 27).

(2). Généralement logent sous la tente, la volaille, poules, poussins, et les jeunes bêtes, chevreaux, petits agneaux,

meilleures conditions pour propager par contact, manque d'hygiène, une affection qui est comme la syphilis éminamment contagieuse. Au cours d'un remplacement de médecin de colonisation effectué durant l'été 1931 à Burdeau nous avons été amené à constater plusieurs cas de syphilis primaire et secondaire chez les membres d'une même tribu nomade, contaminés sans doute de cette façon. Dans les villages, à la ville, l'indigène se trouve dans les mêmes conditions désastreuses d'habitation. Une chambre étroite, insalubre, abrite souvent les membres nombreux de toute une famille, réalisant une promiscuité dangereuse pour une contamination collective possible.

Il n'est pas jusqu'à la vie familiale musulmane qui n'offre dans tous ses actes de la vie journalière autant d'occasion à disséminer la syphilis. Toute famille musulmane qui se respecte possède sa gargoulette, récipient en terre dont le but primitif est de rafraîchir l'eau en été, mais qui, par la suite sert continuellement de caraffe au goulot de laquelle boivent au gré de leur soif, hommes, femmes et enfants. Dans les campagnes l'usage de l'outre en peau de chèvre est très répandu, chacun venant appliquer ses lèvres à ce récipient improvisé. Dans les familles les tasses où se boivent le café, le thé, l'infusion de feuilles de menthe s'échangent volontiers entre les convives et servent même à plusieurs reprises après avoir été simplement égouttées du liquide contenu la veille ou peut-être par un luxe extraordinaire d'hygiène après avoir été très rudimentairement lavées.

Au café maure où tout Indigène va passer une bonne partie du temps de loisirs que lui laisse son

travail, même danger de contamination, tasses, verres, bols servant à plusieurs consommateurs sans avoir été lavés, narghilé aussi, dont le tuyau passe de bouche en bouche et constitue un moyen de propagation dangereux.

Plusieurs auteurs ont montré les dangers de certaines pratiques. La circoncision faite dans des conditions déplorables d'hygiène et dont on a d'ailleurs exagéré l'importance en tant que moyen de propagation de la syphilis, les tatouages (1), l'extraction de dents à l'aide de pinces rudimentaires, sales (2), la succion des plaies au cas de blessures (3), les ventouses scarifiées, pratique excessivement répandue et exécutée par le barbier dont les rasoirs laissent très souvent à désirer en fait de propreté.

.....

Il semble donc bien que la syphilis ait imprégné toute la masse indigène. De là son importance et l'exactitude des taux de syphilis chez les musulmans donnés par les divers auteurs s'étant occupé de la question. Personnellement dans une statistique puisée au Dispensaire de la S. S. B. M. d'Alger, nous avons relevé à la Consultation de dermato-vénérologie un pourcentage de 22,2 % d'hommes et de

(1). GILLOT. — *Les tatouages chez les Indigènes*. (Ass. Franç. pour l'Avancement des Sciences. Nîmes 1912).

(2). LACAPERE. — *La syphilis arabe* (page 29).

(3). L. RAYNAUD. — *Etude sur l'hygiène et la Médecine au Maroc*, Paris, Baillière, 1902.

BRAULT. — (In LACAPERE, déjà cité).

28,2 % de femmes chez qui la syphilis ne faisait aucun doute. Si l'on songe que bien des individus paraissant indemnes, n'en sont pas moins vérolés, on peut voir déjà par l'énoncé de ces chiffres avec quelle importance la syphilis sévit chez les Indigènes.

Hérédo-syphillis chez l'indigène algérien

9 Indigènes sur 10, affirmons-nous sont syphilitiques, constatation d'autant plus pénible qu'on est en droit de se demander quel est l'avenir d'une race aussi profondément infectée. Chaque petit indigène qui naît, s'il n'est cliniquement un hérédo, présente un terrain hérédo-spécifique légué par des parents touchés presque obligatoirement par l'infection tréponémique et ce qui est plus grave, par des parents n'ayant reçu aucun traitement spécifique adéquat. Nous avons relevé en compulsant les fiches de la Consultation CRESPIN, le nombre d'enfants présentant des signes cliniques certains d'hérédo-spécificité, et ce pour chacune des races envisagées au cours du chapitre précédent. C'est ainsi que :

Sur 1.000 enfants européens, 8,79 sont des hérédos (1) ;

Sur 1.000 enfants arabes, 15,10 sont des hérédos ;

Sur 1.000 enfants kabyles, 12,11 sont des hérédos ;

Sur 1.000 enfants juifs, 12,42 sont des hérédos ;

Sur 1.000 enfants juifs-européens, 13,04 sont des hérédos.

(1). Nous avons relevé les cas où l'enfant étant cliniquement syphilitique une séro-réaction avait été pratiquée et nous avons établi le nombre de fois pour 100 où l'une au moins des séro-réactions (B. W. ou HEICHT), s'était montré positive. Nous avons enregistré les taux suivants : Européens 13,8 ; Arabes, 22,5 ; Kabyles, 11,1 ; Juifs, 8,3.

CONSULTATION CRESPIN

CONSULTATION DES NOURRISSONS.

RACES	Nombre d'enfants examinés	Nombre d'enfants cl. niq. syphilitiques	Nombre moyen d'hérédos pour pour 100 enfants examinés
Européens	2.512	221	8,79
Arabes	1.596	241	15,10
Kabyles	586	71	12,11
Juifs	872	101	12,72
Juifs mariés à europ. ou inv ^{ts} .	69	9	13,04

RÉACTIONS SÉROLOGIQUES PRATIQUÉES CHEZ DES ENFANTS CLINIQUEMENT SYPHILITIQUES.

RACES	Nombre de séro-réac- tions pratiq.	W=0	W=+	W=0 H=+	Nombre de fois pour 100 où l au moins des sér. réact. s'est rev. pos.
Européens	36	31	4	1	13,8
Arabes	40	31	5	4	22,5
Kabyles	10	9	1	1	11,1
Juifs	12	11	1	1	8,3
Juifs mariés à europ. ou inv ^{ts} .	2	2			

Utilisant les fiches de la consultation des nourrissons de l'S.S.B.M. (1) nous enregistrons des taux plus considérables.

28,9 % des femmes enceintes sont cliniquement spécifiques ;

21,5 % des enfants de 1 jour à 2 ans sont cliniquement des hérédos ;

29,9 % des enfants au-dessus de 2 ans sont des hérédos.

Ces taux quoique respectables sont évidemment faibles en proportion de l'étendue de la syphilis chez l'Indigène.

En France, LEMAIRE et DAVID trouvent dans une consultation de nourrissons 19 % d'hérédo-syphilitiques (dont les deux-tiers présentaient des signes de certitude), MARFAN estime que la proportion des hérédos atteint 25 % du total des enfants présentés aux consultations hospitalières (2) et HUTINEL, 40% LESNÉ et BOUTELIER prétendent que cette proportion ne paraît pas dépasser 10% (3).

Les taux mentionnés ci-dessus d'hérédo-spécificités constatées chez les indigènes, s'entendent pour

(1). Cette consultation est réservée presque uniquement aux indigènes.

(2). MARFAN. — *Clinique des maladies de la première enfance. 2^e série.* — Dans les milieux où nous observons à l'heure présente parmi les enfants âgés de moins d'un an, il y en a environ 10 sur 100 qui sont certainement atteints de syphilis ; il y en a environ 15 sur 100 qui présentent des signes dont l'association rend l'existence de cette infection très probable.
En sorte que la syphilis est certaine ou très probable chez environ 25 pour 100 des nourrissons de notre clientèle.

(3). LESNÉ et BOUTELIER. — *La syphilis héréditaire larvée*, G. DOIN, Paris, 1931.

Dispensaire S. S. B. M. d'Alger — Consultation des Nourrissons.

	FEMMES ENCENITES				NOURRISSONS				Enfants depuis l'âge de 2 ans			
	1929	1930	1931	Total	1929	1930	1931	Total	1929	1930	1931	Total
Personnes idemmes de syphilis	222	122	53	397	283	389	437	1.109	265	430	266	1.061
Syphilis héréditaire			1	1	69	126	110	305	71	117	99	290
» primaire	1			1					19	3	1	22
» secondaire	2	2		5					2			2
» tertiaire	11	2		13								
» ancien, sans accid. obstet.	5	2		7								
» ignorée avec accid. obstet.	96	27	12	135								5
	337	155	67	559	352	515	547	1.414	360	553	465	1.379

Dispensaire S. S. B. M. d'Alger — Service de Consultations antisyphilitiques.

	HOMMES				FEMMES			
	1929	1930	1931	Total	1929	1930	1931	Total
Personnes idemmes de syphilis	163	227	260	650	288	200	150	638
Syphilis héréditaire	2	4	4	10	2	7	5	14
» primaire	5	3	2	10	8	3		11
» secondaire	12	18	15	45	17	31	22	70
» tertiaire	25	54	33	112	31	46	34	114
» ancien sans accidents	1	3	5	9	13	13	14	40
Chance simple	14	12	25	51	2	1	1	4
Dermatoses	149	254	215	648	288	210	150	648
	371	575	589	1.535	652	511	376	1.539

des enfants présentant des signes absolument certains de syphilis et chez qui l'épreuve thérapeutique spécifique avait amené la disparition de tous les symptômes présentés. Or, les cas où la syphilis est connue, ne sont rien en comparaison de ceux où la syphilis demeure invisible, soit qu'elle se manifeste par une toute autre affection (syphilis héréditaire larvée) soit qu'elle n'ait absolument aucune manifestation extérieure. C'est ce qu'a bien montré FRUHNSHOLZ dans un rapport très documenté sur la lutte contre la syphilis héréditaire :

« On ne connaît pas encore, dit-il, la force de pénétration de la syphilis à travers plusieurs générations successives, ce qui tient à ce qu'elle modifie son aspect en se diluant et à ce qu'elle se dérobe ainsi d'autant mieux aux investigations d'une même génération médicale. On n'a pas le droit, néanmoins, de nier cette infiltration syphilitique descendante sous le simple prétexte qu'on ne la connaît ni dans toutes ses modalités cliniques ni dans sa profondeur » (1).

Syphilis héréditaire cliniquement décelable, sérologiquement confirmée quelquefois, syphilis héréditaire larvée, syphilis n'ayant aucune manifestation extérieure, tels sont les trois aspects classiques de la syphilis infantile.

Mais avant d'aboutir à ce stade ultime, la syphilis a passé par diverses étapes. Nous empruntons à HUTINEL le tableau qu'il a brossé d'une façon magistrale de cette évolution :

(1). In L. SPILLMANN. — *L'hérédo-syphilis et ses rapports avec la mortalité infantile. La prophylaxie anti-vénérienne*. (Novembre 1931).

« Lorsque le germe de la syphilis pénètre dans
« l'organisme, soit par le fait d'une contamination
« accidentelle, soit par voie d'hérédité, il ne tarde
« pas à s'y répandre et à réaliser une véritable sep-
« ticémie dont les localisations varient d'importan-
« ce et de siège suivant la gravité de l'infection et
« la résistance des organes.

« Dans l'hérédo-syphilis, le tréponème transmis
« par les générateurs, particulièrement par la mè-
« re, ne semble pas produire chez le fœtus une lé-
« sion initiale, localisée comme le chancre dans la
« syphilis acquise. D'emblée il se répand dans les
« organes, principalement dans ceux qui reçoivent
« le plus directement le sang placentaire, si l'in-
« fection est assez grave, l'embryon n'y résiste pas,
« il meurt, se liquéfie et l'expulsion de cet œuf
« clair se produit dans les premiers mois de la gros-
« sesse. « La syphilis est la grande avorteuse »
« (BAR). Quand le fœtus a pu atteindre un dévelop-
« pement assez avancé, souvent il naît avant ter-
« me, mais ne survit pas toujours. On découvre
« alors dans les différents organes, des réactions
« irrégulièrement réparties, vasculaires, périvascu-
« laires, intersticielles, et parenchymateuses, des
« spirochètes en nombre considérable infiltrent les
« tissus malades : le foie, les reins, les poumons, les
« testicules, la moelle osseuse, les glandes endocri-
« nes, en sont farcis en certains cas. Heureusement
« la septicémie n'a pas toujours un caractère aussi
« grave, nombreux sont les cas où l'infection est as-
« sez bénigne pour ne pas entraîner la mort et mê-
« me pour rester latente. Après la naissance, dès les
« premiers mois de la vie extra-utérine, les altéra-
« tions se modifient, les unes s'éteignent, les autres
« se localisent et deviennent scléreuses.

« Cette phase initiale de la septicémie hérédo-syphilitique, où l'on voit se constituer des lésions importantes dans les viscères les plus indispensables à la vie, est la plus intéressante de la maladie, c'est elle qui, vraiment, domine et éclaire l'histoire de l'infection. Les manifestations ultérieures, si tardives soient-elles, n'en sont jamais que des conséquences plus ou moins directes.

« Après les premiers mois, l'infection chez les enfants qui ont pu lui résister, entre dans une phase de repos : elle s'améliore et l'on pourrait la croire guérie. Elle ne fait cependant que changer d'aspect. A la vérité le nombre des tréponèmes a manifestement diminué : il n'en circule plus dans le sang ; mais si dans les organes on les découvre plus difficilement, leur disparition n'est pourtant pas complète. Il en reste qui se cantonnent et se cachent dans certains tissus, notamment dans les petits foyers scléreux, véritables cicatrices intersticielles qui persistent au sein des organes et dans les éléments particulièrement atteints par la septicémie. Ce qui prouve en tous cas que l'infection n'est pas définitivement éteinte, c'est que souvent après être restée latente et méconnaissable pendant des années elle se réveille sous des influences diverses.

« L'hérédo-syphilis est alors entrée dans sa seconde phase, qui correspond au stade tertiaire de la syphilis acquise. Les accidents qu'elle peut provoquer ne sont pas tous du même ordre.

« Les uns, plus spécifiques, plus anciennement connus, sont la *conséquence immédiate* de l'infection et de ses localisations sur les différents tissus ; ils traduisent les réactions directement provoquées par les tréponèmes et leurs poisons.

« Les autres, moins intimement liés au processus infectieux, apparaissent surtout comme des *troubles de nutrition* consécutifs aux lésions et par suite aux troubles fonctionnels que la syphilis a fait naître dans certains organes importants. Leur origine les rattache directement à la syphilis, mais ils n'ont avec elle que des rapports médiats, parfois peu apparents » (1).

Pour être schématique nous pouvons, après SPILLMANN classer de la façon suivante les modes d'action de la syphilis sur le produit de la conception (2) :

1° La syphilis peut tuer le fœtus dans le sein de sa mère avant le cinquième mois de la grossesse. Avortement.

2° La syphilis peut tuer le fœtus après le cinquième mois. Avortement ou accouchement prématuré à un enfant macéré.

3° La syphilis peut tuer l'enfant à la naissance. Mort-né.

4° La syphilis peut tuer l'enfant dans les premiers jours ou dans les premières semaines. L'enfant naît chétif, atrophique avec des lésions viscérales qui compromettent rapidement son existence.

5° La syphilis peut tuer l'enfant au cours des premiers mois ou des premières années :

(1). V. HUTINEL. — *Le terrain hérédosyphilitique*. (Paris, Masson 1926).

(2). L. SPILLMANN. — *L'hérédosyphilis et ses rapports avec la mortalité infantile*. — *La prophylaxie antivénérienne*. (Novembre 1931).

a) Parce qu'elle a provoqué des lésions incurables

Parce qu'elle a rendu l'enfant si chétif et si peu résistant qu'il succombe plus facilement que d'autres aux nombreuses maladies de l'enfance.

L'enfant né de parents syphilitiques non soignés est continuellement en danger, conclut Spilimann. Cependant sa mortalité varie suivant que l'infection a touché un seul des ascendants, suivant que cet ascendant est le père ou la mère, suivant que ces derniers ont été tous les deux infectés. Spilimann donne à ce sujet les taux suivants (1) :

A. — Héritéité double (syphilis non soignée) :

Enfants contaminés	92%
Mortalité	68,5%

B. — Héritéité maternelle :

Enfants contaminés	84%
Mortalité	60%

C. — Héritéité paternelle :

Enfants contaminés	37%
Mortalité	28%

Par ailleurs le docteur Dekeyser, dans son rapport (Le bilan de la syphilis) présenté en 1926 à la Conférence de défense sociale contre la syphilis, tenu à Nancy, donne les chiffres suivants :

En Allemagne, sur 55.000 mort-nés, 9.000 sont attribuables à la syphilis.

En Grande-Bretagne, et en Irlande de 1920 à 1924

(1). L. SPILMANN. — *L'hérédosyphilis et ses rapports avec la mortalité infantile. — La prophylaxie antivénérienne.* (Novembre 1931, page 692).

20.164 enfants au-dessous de un an sont morts de la syphilis (1).

Pinard évalue à 40% la proportion des mort-nés imputables à la syphilis dans son service de la clinique Beudelocque (2) « Sur 64.657 produits de conception, pour une année, de la population parisienne, écrit Janselme, 9.051 proviennent de mères syphilitiques. Sur ce nombre 8.418 meurent avant ou après la naissance ; 633 seulement dépassent les six premiers mois de la vie ultra-utérine (3) ».

« D'après la statistique de A. Fournier, ajoute cet auteur, la mortalité infantile est considérable dans les hôpitaux en partie réservés aux syphilitiques. Elle serait 84% à Lourcine, de 86% à Saint-Louis (3) ».

Le professeur Louis Queyrat, président de la ligue internationale française contre le péril vénérien estime que 60.000 enfants sont tués chaque année en France soit pendant la grossesse, à la naissance, ou quelques jours après (4). Par ailleurs, la ligue nationale française contre le péril vénérien évalue à 36.000 le nombre de sujets tués par la syphilis jusqu'à l'âge de 15 ans (5). 100.000 sujets se-

(1). In L. SPILLMANN. — (Même référence).

(2). In Edouard JANSELME. — *Gravité et importance sociale de la syphilis*. — *La technique moderne de la propagande d'hygiène sociale*. (Page 586).

(3). E. JANSELME. — (Même référence).

(4). LOUIS QUEYRAT. — *Technique moderne d'hygiène sociale*. — *La lutte sociale contre la syphilis en France*. (Page 678). — D'autre part, on peut dire que, chaque année, 40.000 grossesses sont arrêtées dans leur évolution avant le sixième mois du fait de la syphilis, et que 20.000 enfants sont tués chaque année par elle, du sixième mois de la gestation au troisième jour après la naissance (mortalité).

(5). L. SPILLMANN. — (Déjà cité page 691).

raient donc tués chaque année en France par la syphilis héréditaire, 140.000 si on comprend dans ce chiffre les décès de toutes les personnes au-dessus de 15 ans (1).

« On peut dire, écrit le Professeur QUEYRAT, en
« restant au-dessous de la réalité que trente pour
« cent des enfants, en France, sont atteints de sy-
« philis héréditaire et ceci n'a rien qui doive vous
« surprendre si vous réfléchissez que la syphilis
« frappe *un dixième* de la population globale de
« la France et *un cinquième* au moins de la popu-
« lation des villes ; si vous réfléchissez que la sy-
« philis est héréditaire et transmissible, non seule-
« ment des parents aux enfants, mais encore des
« grands-parents aux petits-enfants ; il est même
« des exemples plus rares de transmission à la troi-
« sième génération » (2).

Dans un article récent paru dans l'Algérie médicale, les Docteurs MONTPELLIER et LEFRANC publient le résultat de leurs recherches statistiques sur le nombre d'avortements, d'enfants morts et d'enfants vivants présentés par les femmes fréquentant la consultation de l'S.S.B.M. d'Alger. Ces femmes comme chacun le sait sont presque exclusivement des Indigènes.

(1). Louis QUEYRAT. — Déjà cité, page 678. — A ces 60.000 décès qui frappent les enfants dans le sein de leur mère, ou dans les trois jours qui suivent leur naissance, il faut ajouter encore au moins 80.000 décès, soit chez les adultes, soit chez les adolescents ou les enfants, causés par la syphilis et ses complications, si bien qu'au total, ce fléau social coûte chaque année à la France 140.000 vies humaines.

(2). Louis QUEYRAT. — *Technique Moderne d'hygiène sociale*. — *La syphilis héréditaire*, page 523.

« Sur 452 femmes, écrivent-ils dont les fiches ont
« été examinées :

	Faussees couches	Enf. morts	Enf. viv.
154 de 15 à 25 ans ont eu	51	144	135
89 de 26 à 30 ans ont eu	46	191	162
70 de plus de 30 ans ont eu . . .	50	211	175
139 n'ont pas eu d'enfants.			

En sorte que 452 femmes ont eu sur 1.187 grossesses (avouées) seulement 494 enfants vivants.

Et nous n'insisterons pas sur l'avenir réservé à ces enfants dont la plupart offrent des stigmates, sinon des accidents avérés d'hérédo-syphilis » (1).

Certes pour ces deux auteurs il n'est nullement question d'accuser la seule syphilis d'avoir produit plus de trois cinquièmes de déchets dans le nombre total de grossesses présentées par ces femmes. Cependant ils n'hésitent pas à lui assigner la première place en raison de la spécificité certaine (clinique et sérologique) de toutes les femmes en cause.

La syphilis imprégnant en masse toute la population musulmane, aucun ou de très peu nombreux traitements ayant été institués, il semble juste qu'on doive lui attribuer les taux si élevés de mortalité constatés chez cette race, la rendre responsable du plus grand nombre de décès infantiles constatés chez elle, par rapport aux décès européens correspondants. Un fait semble cependant paradoxal : la syphilis tuant surtout dans les premiers jours, les premiers mois de la vie, comment se fait-il que le nombre des décès de un jour à un

(1). MONTPELLIER et LEFRANC. — *La syphilis et la dénatalité en Algérie*. — Algérie Médicale Janvier 1932.

an pour toute l'Algérie, soit supérieur chez les Européens ? (1)

L'explication à en donner nous paraît très simple : l'affection qui cause le plus grand nombre de décès chez l'enfant européen est à n'en pas douter la gastro-entérite (2), qui justement atteint le nourrisson dans les premiers mois de son existence. Or, la femme indigène allaite en principe son enfant au sein et le met ainsi à l'abri de tous les désordres intestinaux si funestes au jeune européen beaucoup trop souvent privé du lait de sa mère.

Cette opinion est loin d'être une vue de l'esprit. Elle trouve une éclatante démonstration dans les lignes qui suivent :

Etablissant une statistique de mortalité infantile de un jour à un an dans une grande ville, à Alger, nous avons trouvé qu'il y mourait deux fois plus d'enfants indigènes que d'enfants européens (3). C'est que, placée dans des conditions nouvelles, à la ville, la femme indigène s'est empressée d'imiter les mœurs européennes. Prise d'autre part par le besoin pressant de gagner sa vie, travaillant presque toujours en des endroits éloignés de son foyer, qu'elle abandonne durant toute la journée, elle a été conduite à substituer à son sein, le biberon, moyen plus coûteux certes, mais combien plus pratique. Dès lors, les troubles gastro-intestinaux, comme chez l'enfant européen font leur apparition et causent d'autant plus de dégâts qu'ils surviennent chez des enfants que l'infection tréponémique ou

(1). Voir page 62.

(2). Nous englobons sous ce terme toutes les maladies du tube digestif qui affectent si lourdement la première enfance.

(3). Même ouvrage page 66.

les tares hérédo-spécifiques ont mis en état de moindre résistance.

Avec la première année disparaissent progressivement les morts par gastro-entérite ; immédiatement et jusqu'à l'âge de 14 ans la mortalité infantile indigène devient bien plus importante que la mortalité européenne correspondante (1).

...Et nous n'avons pas hésité à rendre la syphilis responsable de cette mortalité infantile indigène exagérée à partir de un an jusqu'à 14 ans ; mais nous avons attiré l'attention sur ce fait que le jeune Indigène, s'il mourait bien des fois par syphilis, payait aussi un lourd tribut aux autres affections de l'enfance, tribut d'autant plus élevé qu'il était presque toujours un héréd.

A côté des cas typiques, nets, la syphilis héréditaire peut se manifester sous des aspects variés, excessivement nombreux, dont la nature tréponémique est en quelque sorte cachée, dissimulée sous des manifestations extérieures qui pourront en imposer, si l'on s'attache au seul symptôme, pour une autre maladie. Cette syphilis larvée (de larva : masque) a été fort bien étudiée par les Docteurs LESNÉ et BOUTELIER et fait l'objet d'une très intéressante publication (2). « Rien d'étonnant, écrivent ces auteurs, à ce que l'hérédo-syphilis soit si polymorphe ; en effet, cette septicémie foetale atteint le foie tout d'abord, puis les tissus qui, chez l'enfant ont une activité particulière : sang, système lymphoïde, os et

(1). Voir même ouvrage, pages 67, 68.

(2). E. LESNÉ et A. BOUTELIER. — *La syphilis héréditaire larvée*. — G. DOIN, Paris, 1931.

aussi le système nerveux dont la sensibilité est bien connue dans le jeune âge, enfin les glandes endocrines qui jouent un rôle si considérable dans la croissance (1) ».

Avec FOURNIER, il est désormais classique de distinguer parmi les manifestations hérédo-syphilitiques deux variétés : la syphilis en nature et la syphilis dystrophique. LESNÉ et BOUTELIER préfèrent employer les expressions de « *manifestations tréponémiques vraies* quand le tréponème est directement en cause et de *manifestations secondes* » quand il s'agit de lésions non syphilitiques par nature, mais dont l'apparition est favorisée par des modifications de terrain d'origine syphilitique. »

Ces modifications de terrain sont la conséquence soit de lésions organiques de nature syphilitique soit de la transmission héréditaire de tares organiques qui, chez les ascendants, étaient-elles de nature tréponémique. Parmi les lésions organiques, HUTINEL attire spécialement l'attention sur les atteintes des viscères importants (surtout le foie), des glandes endocrines et des centres nerveux. La syphilis « fait naître des tendances, des diathèses, écrit cet auteur, des tempéraments morbides qui peuvent se transmettre des parents aux enfants pendant plusieurs générations, alors que l'infection originelle est définitivement éteinte et oubliée » (2).

Qu'il ait donc hérité des ses parents certaines déficiences organiques, ou qu'il ait été touché par l'infection tréponémique en nature qui en a crée

(1). E. LESNÉ et A. BOUTELIER. — Même référence.

(2). V. HUTINEL. — *Le terrain hérédo-syphilitique*. — MASSON, 1926.

chez lui de nouvelles, l'hérédo-syphilitique est un être présentant une « sensibilisation de certains organes qui deviennent dans l'organisme des points faibles, plus exposés que d'autres, non seulement aux localisations spécifiques, mais à des infections banales (1) ».

C'est le mérite du Professeur Hutinel d'avoir mis en lumière tous ces faits dont l'importance ne nous échappe pas.

Aussi bien nous pouvons assigner une cause à l'excessive mortalité indigène dans les quatorze premières années de son existence, puisque nous savons avec quelle intensité sévit chez cette race la syphilis, dont les effets néfastes peuvent, nous le savons, se faire sentir à deux, et même trois générations, surtout en suivant la ligne maternelle (2) (DEVRAIGNE).

Une dernière critique cependant peut être faite sur l'interprétation de la polyléthalité chez l'indigène algérien. « La polyléthalité des frères et des sœurs, mentionne E. APERT, doit aussi être interprétée. Dans les milieux aisés et intelligents, des morts répétées d'enfants en bas âge, sans causes, bien établies, sont impressionnantes, dans les milieux ignorants et misérables, il est trop fréquent de voir des mères, par négligence ou impéritie, faire périr leurs enfants successifs par l'absence des soins les plus élémentaires; toutefois cette polyléthalité a une valeur si les enfants ont été élevés au sein. Quand ils sont élevés au biberon, des morts nombreuses, recouvertes des diagnostics de gastro-enté-

(1). V. HUTINEL. — Mêmes références, page 21.

(2). In LESNÉ et BOUTELIER. — *La syphilis héréditaire larvée*. — Page 2.

rite, diarrhée, choléra infantile, méningite, (ce dernier diagnostic motivé le plus souvent uniquement par les convulsions terminales), témoignent trop souvent uniquement l'incapacité des mères cependant souvent débordantes d'amour maternel (1) ».

Malgré la situation sociale bien précaire de l'indigène algérien, cette dernière critique ne tient pas, car, comme nous l'avons fait remarquer l'enfant indigène est presque toujours alimenté au sein. A la ville où cette alimentation lui fait défaut, sa mortalité est immédiatement accrue. De plus, les statistiques que nous avons établies pour la Consultation Crespin à Alger s'adressent aussi bien chez les indigènes que chez les européens, à des classes pauvres, assez voisines les unes des autres au point de vue conditions matérielles et sociales. Elles ont donc été établies pour des personnes soumises à peu de choses près, aux mêmes influences. Or, n'avons-nous pas établi qu'à cette consultation le nombre des morts chez les enfants indigènes était sans cesse supérieur à celui des enfants européens de l'âge correspondant ?

Nous nous résumons : qu'il ait hérité de ses ascendants presque toujours syphilitiques, la syphilis en nature, qu'il ait hérité de leurs déficiences organiques de nature primitivement spécifique, ou qu'à la suite de l'infection tréponémique il les ait créées dans son organisme, l'enfant indigène n'en est pas moins un taré, un être que toutes les affections meurtrières de l'enfance atteindront plus facilement

(1).E. APERT. — *La recherche de l'hérédité syphilitique.* (Monde Médical, mai 1925, page 399).

pour provoquer chez lui cette excessive mortalité que nous lui avons vu présenter.

Si nous voulons donc réduire le plus possible le nombre des décès infantiles indigènes, nous devons nous attacher à combattre chez cette race, de la façon la plus vigoureuse, la plus énergique, ce grave fléau social, la syphilis.

Nécessité du traitement syphilitique

« Dans les familles où la syphilis vit dans l'ombre, la mort est prête à frapper d'innocentes victimes ; dans celles où la syphilis est connue et combattue, les mères n'ont rien à craindre, leurs enfants et leurs petits-enfants seront sauvés. »

L. SPILLMANN (1).

Il n'est nullement dans nos intentions d'entreprendre l'étude détaillée de l'organisation rationnelle de la protection de l'enfance dans la lutte à mener contre la syphilis. Cette étude nous conduirait dans des développements par trop étendus, qui dépasseraient les limites de ce modeste travail. Nous voulons simplement attirer, après bien d'autres, l'attention sur la nécessité impérieuse, sur le devoir urgent d'entreprendre sur une vaste échelle, la lutte contre la vérole en milieu musulman, d'intensifier cette lutte, dans le but non seulement de guérir les syphilitiques, mais encore de sauver leurs enfants, d'empêcher la dégénérescence de la race.

Le traitement de la syphilis bien compris, donne

(1): L. SPILLMANN. — *La syphilis est une maladie évitable et curable.* — In la Technique moderne d'hygiène sociale. P. 360.

toujours de très bons résultats, il constitue une arme formidable mise par la Providence, entre nos mains contre cette redoutable maladie. Tachons donc de diminuer la mortalité infantile indigène, combattons la syphilis héréditaire et ses redoutables conséquences.

Nous avons pour celà à notre disposition, un moyen simple, infaillible : le traitement, qu'il s'adresse d'abord, et surtout à la syphilis des parents, ou aux manifestations hérédo-spécifiques de l'enfant.

« Dans son rapport de la conférence de Nancy, COUVELAIRE a donné les chiffres suivants :
129 femmes syphilitiques enceintes non traitées donnent :

45 enfants vivants,

84 enfants mort-nés.

114 femmes syphilitiques traitées donnent :

97 enfants vivants,

17 enfants mort-nés.

61 femmes syphilitiques enceintes traitées avant et après la gestation donnent :

59 enfants vivants,

2 enfants mort-nés.

Donc, la syphilis de la mère non traitée : mortalité fœtale, 65%.

La syphilis de la mère traitée pendant la gestation : mortalité fœtale, 15 %.

La syphilis de la mère traitée avant et pendant la gestation : mortalité fœtale, 5% (1) ».

(1-). SPILLMANN. — *L'hérédo-syphilis et ses rapports avec la mortalité infantile.* — Prophylaxie antivénérienne, Novembre 1931.

Par ailleurs, EHLERS a montré qu'à Copenhague, où la lutte contre la syphilis est menée très activement, la mortalité des enfants de 0 à 1 an due à la syphilis congénitale, qui était de 11 % en 1900, a baissé à moins de 1,8% en 1925 (1).

Ces chiffres évidemment se passent de commentaires. Ils nous montrent quels résultats nous sommes en droit d'attendre du traitement de la syphilis chez l'indigène.

A vrai dire, peu de choses ont été faites jusqu'à ce jour dans ce sens en Algérie. Nous ne faisons aucune critique; nous jettons simplement un cri d'alarme :

Il faut empêcher la syphilitis de continuer son œuvre néfaste, son œuvre de la mort.

Introduisons plus de bien-être chez l'Indigène, essayons de l'initier aux pratiques élémentaires d'hygiène, combattons ses mauvaises habitudes, utilisons ces précieuses auxiliaires du médecin, les infirmières visiteuses, ces *messagères de santé*, comme on s'est plu à les appeler, ouvrons des dispensaires, des consultations, des centres de prophylaxie antisyphilitique. « Et lorsque de larges crédits auront multiplié ces formations, véritables stations de sauvetage, pour une race à ce point déchue, la civilisation qu'une formule plus plaisante que juste rapprochait de la Syphilisation, apparaîtra non comme une coupable dont on doit condamner les méfaits, mais plus exactement comme le remède bienfaiteur placé par notre nation, à côté du mal (2) ».

Voulant démontrer que les résultats en fait de

(1). SPILLMANN. — Déjà cité.

(2). TREMSAL. — *Un siècle de médecine coloniale française en Algérie*. — Thèse, Alger, 1928.

mortalité infantile dépendent avant tout des efforts déployés, Me Henry TORRES à l'occasion d'un récent congrès métropolitain, prononça ces fortes paroles qui trouvent très heureusement leur place à la fin de ce travail : « Lorsque, dit-il, par une propagande active, nous aurons démontré à ce pays que, sans modifier sa structure économique, administrative, sociale et politique, on peut, par des méthodes concrètes, simples, faciles, immédiatement applicables, sauver chaque année presque un enfant sur deux, quelle angoisse au cœur de notre peuple s'il ne trouvait pas en lui-même la volonté de faire l'effort nécessaire pour protéger la race.

Ah! je songe à l'admirable prosopopée : « Et les morts, de tombeau à tombeau, se racontent la miséricorde du seigneur ». Trente mille petites tombes inutilement creusées d'où les voix muettes se racontent non pas la miséricorde divine mais la férocité humaine, trente mille sépultures d'où monte une malédiction silencieuse vers notre civilisation impitoyable (1) ».

Quel réquisitoire que celui-ci ! On ne pourrait songer à donner cette thèse une meilleure conclusion

(1). In AUBRUN. — *Pour et par l'enfance*. — Paris Médical, 9 avril 1932.

Conclusions

1° *La mortalité infantile indigène pour toute l'Algérie, à partir de un an et jusqu'à 14 ans, est sans cesse supérieure à la mortalité infantile européenne des âges correspondants.*

2° *La mortalité infantile indigène de 0 à 1 an pour toute l'Algérie est inférieure à la mortalité infantile européenne correspondante. Ceci est dû au fait que les affections gastro-intestinales qui affectent si lourdement l'enfant européen très souvent élevé au biberon, sont presque ignorées par l'enfant indigène qui lui, reçoit presque toujours le lait de sa mère.*

La meilleure preuve nous est fournie par la constatation suivante : A la ville, où l'enfant indigène du premier âge se trouve dans les mêmes conditions que l'enfant européen, sa mortalité est très nettement supérieure à celle de ce dernier.

3° *L'enfant indigène meurt donc beaucoup plus que l'enfant européen. Nous nous expliquons cette excessive mortalité chez lui par le fait qu'il est presque toujours un hérédo-spécifique.*

Qu'il ait hérité de ses ascendants presque toujours syphilitiques de la syphilis en nature, qu'il ait hérité de leurs déficiences organiques de nature primitivement spécifique, ou qu'à la suite de l'infec-

tréponémique il les ait créées, dans son organisme, l'enfant indigène n'en est pas moins un « taré ». un être que toutes les affections meurtrières de l'enfance atteindront plus facilement pour provoquer chez lui, cette excessive mortalité que nous lui avons vu présenter.

4° Nécessité impérieuse du traitement anti-syphilitique chez l'Indigène pour réduire d'une façon notable la mortalité infantile excessive présentée par cette race dans les quatorze premières années de la vie.

BIBLIOGRAPHIE

A

- ABOULKER. — *Allergie et syphilis*. — Thèse, Alger, 1926.
 Annuaire statistique de l'Algérie dressé par ordre
 du Gouverneur Général. — Année 1928 — Année
 1929.
- APERT (E). — *Recherche de l'hérédité syphilitique*. —
 Monde Médical, 1^{er} mai 1925.
- ARNOULD. — *La lèpre kabyle*. — Mémoires de médecine,
 de chirurgie et de pharmacie militaires, 1862.
- AUBRUN. — *Pour et par l'enfant*. — Paris Médical, 9 avril
 1932 .

B

- BABONEIX. — *Syphilis héréditaire du système nerveux*.
 — Masson, 1930.
- BASTION DE FRANCE. — *Discours de Sanson Napolon*,
 interprété par Monsieur Braudel.
- BERNARD (Augustin). — *L'Algérie*. — Félix Alcan, 1929.
- BERTHERAND (E.1L.). — *Médecine et hygiène des Ara-
 bes*. — Baillière 155.
*Recherche sur l'hygiène et la
 pathologie préhistoriques en Algérie.*
- BERTRAND (H.). — *Clinique chirurgicale de l'infirmerie
 indigène de Sidi-Bel-Abbès*.
- BOS et CAMELTOFF. — *Arbeidj, fra Foseafdeling et gynak.
 ofd. Rigshospitalet*, Copenhague, 1923.
- BORIE (Général). — *La natalité en France*. — Technique

moderne de la propagande d'hygiène sociale (Editions de la Vie Saine).

BRINDEAU (A.). — *La pratique de l'art des accouchements*. — T. II Vigot Frères.

BULLIOD. — *Etude de la prostitution à Alger*. — Thèse Toulouse, 1895.

C

CASSAN. — *Consultation des nourrissons*. — Thèse Lyon, 1905.

CASAR. — *La lutte contre la syphilis dans les hôpitaux de Tunis*. — Bulletin S. M. F. de Tunisie, n° 2, 1929.

CHABALIER. — *Preuves historiques de la pluralité des affections dites vénériennes. Hygiène et prophylaxie*. — Thèse Paris, 1860.

CHATENIER. — *Organisation de l'Assistance médicale et de l'hygiène publiques en Tunisie*. — Thèse Alger, 1931.

CHERIF (Ahmed). — *Histoire de la médecine arabe en Tunisie*. — Tunis d'Amico, 1908.

CRESPIN. — *Essai d'épidémiologie*. — Alger, 1908.

D

DAGA. — *Documents pour servir à l'histoire de la syphilis chez les Arabes*. — Archives générales de Médecine. Août 1864. Septembre 1864.

DELAGRANGE (Mlle). — *Etude des relations entre les œuvres privées de protection de l'enfance, les œuvres officielles, et les gouvernements*. — (France), septembre 1931. Genève.

DEMONTES. — *Le général Clauzel, un colonisateur*, 1904.

DESFONTAINE. — *Voyage en Barbarie*. — Paris, 1838.

DEVRAIGNE. — *Formons les futures mamans.*

Nécessité de la vulgarisation des principes d'hygiène infantile. — (In Viborel. *La Technique moderne de propagande d'hygiène sociale*).

G

GAUCHOIS. — *Mortalité et natalité en Europe.* — *Siècle Médical*, 1^{er} mars 1932.

GAUTHIER H. (Docteur). — *Histoire de la syphilis en Afrique du Nord et plus particulièrement en Algérie.* — Thèse Alger, 1931.

GILLOT. — *Les tatouages chez les Indigènes.* — Association Française pour l'Avancement des Sciences. Nîmes, 1912.

H

HANOUNE. — *L'allergie cutanée dans la syphilis et en particulier dans la syphilis de l'Indigène algérien.* — Thèse Alger, 1927.

HUBER (Michel). — *Rapport de la statistique annuelle.* — *Journal Officiel* annexe, Avril 1932.

HUTINEL (V.). — *Le terrain hérédo-syphilitique.* — Paris, Masson, 1926 .

J

JANSELME. — *Traité de la syphilis.* — Tome I. Historique par Janselme, Sezary et Schullmann. — Paris, G. Doin, 1931.

Gravité et importance sociale de la syphilis. — (In Viborel (*Technique moderne de propagande d'hygiène sociale*)).

L

LACAPERE. — *La syphilis arabe.* — Paris, G. Doin, 1923.

- LACAUCHIE. — *Réflex. sur les maladies de l'Armée d'occupation et spécialement sur leurs causes.* — Recueil de mémoires de Méd. de Chir. et de Pharm. Milit. Volume 35, 1883.
- LAFFONT. — *Conférence internationale pour l'enfance africaine.* — (Afrique du Nord), 1931.
- LEGLER. — *L'œuvre du service de santé militaire en Algérie.* — 1830-1930.
- LEMAIRE. — *Compte rendu des travaux du bureau municipal d'hygiène d'Alger pour 1914 à 1921, inclus.*
Compte rendu des travaux du bureau municipal d'hygiène d'Alger pour 1922 à 1923 inclus.
Les 18 ans du Bureau municipal d'hygiène, Années 1926-1929.
- LESAGE. — *Conférence sur la protection et l'hygiène infantiles.* — (In Viborel. La Technique moderne de propagande d'hygiène sociale).
- LESNE et BOUTELIER. — *Syphilis héréditaire larvée.* — Doin, Paris, 1931.

M

- MARCUS. — *Archiv. fur Detm. un syphil. Kr.* 1912.
- MANTOUT. — *Mortalité infantile en Algérie.* — Thèse Alger, 1914.
- MARFAN. — *Clinique des maladies de la première enfance.* — 2^e série.
- MARTIN et FOLEY. — *Histoire statistique de la colonisation algérienne.* — Alger, 1851.
- MEMORANDUM *relatif aux enquêtes sur les causes et la prévention de la mortalité et de la mortalité pendant la première année de vie.* — (Société des Nations), 1930, III, 7.

MOINE (Marcel). — *La mortalité rurale comparée à la mortalité urbaine dans l'année 1928.* — Bulletin Mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique).

MONTPELLIER. — *Les grandes étapes de la syphiligraphie en Algérie.* — Algérie Médicale, septembre, 1930. septembre, 1930.

Le problème de l'orientation de la syphilis chez les Nord-Africains. — Presse Médicale, 10 avril 1926.

Tertiarisme génital d'emblée consécutif à une réinoculation tréponémique chez un hérédo-syphilitique. — Annales des maladies vénériennes. Février 1926.

La pratique de l'Arsénothérapie de la syphilis. — Journal de méd. et de chir, de l'Afrique du Nord.

MONTPELLIER et LEFRANC. — *La syphilis et la dénatalité en Algérie.* — Algérie Médicale, janvier 1932.

O

OFFICE NATIONAL D'HYGIENE SOCIALE (Ministère de la Santé Publique). — *La natalité en France.* — (1927 1928, 1929).

P

PIGOT. — *L'assistance maternelle et la protection infantile par les assurances sociales.* Décembre 1931.

Q

QUERAT (Louis). — *La lutte contre la syphilis en France* — (In Virobel. — La Technique moderne de la propagande d'hygiène sociale).

R

RAPPORT sur le fonctionnement et l'activité de l'Office d'Hygiène Sociale du 1^{er} janvier au 31 décembre 1930. — Paris, 1931.

RAYNAUD (L.). — *Etude sur l'hygiène et la médecine au Maroc*. — Paris, Baillière, 1902.

RENDU. — *Rapport général sur les épidémies pendant l'année 1897*. — Melun, 1899.

ROCAZ. — *L'organisation rationnelle de la protection de l'enfance*. — Strasbourg, 4 octobre 1931.

S

SEDILLOT (J.). — *Le rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis*.

SPELLMANN. — *L'hérédosyphilis et ses rapports avec la mortalité infantile*. — Prophylaxie antivénérienne. — Novembre 1931.

La syphilis est une maladie évitable et curable. — Technique moderne de propagande d'hygiène sociale.

STATISTIQUE générale de l'Algérie, années : 1867 à 1872.
1876 à 1878.
1885-1886-1887.

STRAUSS. — *Lois protectrices de la mère et de l'enfant. Organisation rurale de la protection de l'enfance*. — (Rapport présenté à la journée de la protection de l'enfance. — Strasbourg, 4 octobre 1931).

T

TABLEAUX de la situation des établissements français dans l'Algérie. — Années 1865-1866.

TREMSAL. — *Un siècle de médecine coloniale française en Algérie*. — Thèse Alger, 1928.

V

- VIBOREL. — *La Technique moderne de propagande d'hygiène sociale.* — Edition de la Vie Saine.
VIDAL DE CASSIS. — *Traité des maladies vénériennes.* — Paris, 1855.
VINCENT. — *Exposé clinique des maladies des Kabyles.* — Alger, 1862.

Z

- ZANCA. — *Les syndrômes hématologiques dans l'hérédosyphilis de la première enfance.* — Thèse Alger, 1925.



Vu : le Président de Thèse :
Docteur GILLOT

Vu : le Doyen :
E. LEBLANC

Vu et permis d'imprimer ;

Alger, le 25 Février 1932

Le Recteur :
HARDY

